



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Kateřina Procházková

Psychická zátěž a zvládání stresu u rodičů dětí se zevní komorovou drenáží

Mental stress and coping with stress in parents of children with external ventricular
drainage

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Konzultant: MUDr. Libý Petr, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12.04.2016

Kateřina Procházková

.....

Identifikační záznam

PROCHÁZKOVÁ, Kateřina. *Psychická zátěž a zvládání stresu u rodičů dětí se zevní komorovou drenáží. [Mental stress and coping with stress in parents of children with external ventricular drainage]*. Praha, 2016. 117 s., 5 příl., Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Abstrakt:

Předkládaná teoreticko-empirická diplomová práce pojednává o problematice zevních komorových drenáží a zvládání stresu u rodičů hospitalizovaných dětí na jednotce intenzivní péče nejmenovaného pracoviště. V teoretické části je vymezen pojem „zevní komorová drenáž“ a problematika související s péčí o děti se zavedenou zevní komorovou drenáží. Součástí je i anatomie s patofyziologií mozku, kam se drenáže zavádí. V této kapitole je pojednáváno také o hospitalizaci dítěte, včetně doprovázející osoby a možného ovlivnění celé rodiny danou situací. Ke konci teoretické části jsou zmapovány psychická zátěž, stres a techniky napomáhající zvládání stresu.

Výzkumná část této práce byla zaměřena na porovnání skutečnosti, zda pro rodiče nemocných dětí hraje významnější faktor při zvládání této stresové situace zdravotnický personál nebo blízká rodina. Také byla zjišťována míra poskytovaných informací rodičům malých pacientů ze strany zdravotnického personálu. Dále bylo cílem práce zjistit celkovou spokojenost rodičů s přístupem a prací odborníků na příslušném pracovišti. V empirické části jsou uvedeny výsledky realizovaného původně kvantitativního výzkumu, za pomoci nestandardizovaného dotazníku, kterého se zúčastnili rodiče nemocných dětí uvedeného pracoviště splňující potřebné podmínky. Překvapujícím výsledkem je, že pro rodiče nemocných dětí představuje větší oporu rodina, nikoliv zdravotničtí pracovníci, jakožto odborníci a profesionálové. Doporučením plynoucím z této práce je mimo jiné návrh na vypracování informační brožury pro rodiče dětí se zevní komorovou drenáží.

Klíčová slova: Zevní komorová drenáž, hospitalizace, psychická zátěž, stres.

Abstract:

Presented theoretical and empirical thesis deals with the issue of external ventricular drainage and coping with stress in parents of children hospitalized at the intensive care unit of an unnamed workplace. The theoretical part of the definition of „external ventricular drainage“ and the problems associated with the care of children with established external ventricular drainage. As part of the anatomy and pathophysiology of the brain, where the drainage introduced. This chapter also discussed the hospitalization of the child, including accompanying persons and the possible effect on the entire family of the situation. At the end of this part are mapped psychological stress, stress and stress management techniques to assist.

The research part of this work was aimed at comparing whether the parents of sick children plays an important factor in coping with this stressful situation nursing staff or a close family. It was also determined the rate of information provided to parents of young patients by medical personnel. Furthermore, the aim was to work to determine overall satisfaction with the approach of parents and professionals work at the specific workplace. In the empirical part contains the results of quantitative research implemented initially, with the help of special questionnaire, which was attended by parents of sick children that department meets the necessary conditions. A surprising result is that for parents of sick children is a more supportive family, not health care professionals, as experts and professionals. Recommendations resulting from this work is among other things a proposal to prepare an information booklet for parents of children with external ventricular drainage.

Key words: *External ventricular drainage, hospitalization, psychological stress, stress.*

Poděkování:

Chtěla bych velice poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení, trpělivý přístup a ochotu, se kterou mi poskytovala cenné rady. Dále chci poděkovat všem respondentům, kteří se na výzkumu podíleli a bez jejichž pomoci by tato práce nemohla vzniknout. Díky patří také Mudr. Libýmu Petrovi, Ph.D jakož to odbornému konzultantovi této práce. Ráda bych poděkovala i své bývalé kolegyni, Bc. Janě Olšákové, a svým blízkým přátelům, za ochotu a trpělivost při tvorbě této práce.

Obsah:

| | | |
|-------|--|-----------|
| 1 | Úvod..... | 10 |
| | Současný stav poznání..... | 12 |
| 2 | Zevní komorová drenáž | 12 |
| 2.1 | Anatomie..... | 14 |
| 2.1.1 | Komorový systém..... | 15 |
| 2.2 | Mozkomíšňní mok | 15 |
| 2.2.1 | Sekrece a resorbce mozkomíšňního moku | 17 |
| 2.3 | Intrakraniální tlak | 19 |
| 2.3.1 | Nitrolební hypertenze | 20 |
| 2.3.2 | Hydrocefalus | 21 |
| 2.3.3 | Mozkové nádory | 22 |
| 2.4 | Specifika dětské neurochirurgie..... | 23 |
| 3 | Hospitalizace | 23 |
| 3.1 | Hospitalismus | 26 |
| 3.1.1 | Frustrace a separace | 26 |
| 3.2 | Práva dětí..... | 27 |
| 3.3 | Rodina malého pacienta a hospitalizace | 28 |
| 3.3.1 | Hospitalizace doprovodu dítěte..... | 31 |
| 3.3.2 | Komunikace s dítětem a jeho rodinou | 34 |
| 4 | Stres a psychická zátěž..... | 35 |
| 4.1 | Vznik stresu, jeho dělení a důsledky dlouhodobého působení | 37 |
| 4.1.1 | Stresory a salutory..... | 39 |
| 4.1.2 | Reakce na stres..... | 40 |
| 4.1.3 | Zvládání stresu | 41 |
| 4.1.4 | Strategie zládání stresu..... | 42 |
| 4.2 | Pocity prožívané v zátěžové situaci | 45 |
| 4.3 | Hodnocení, měření a vnímání zátěže..... | 47 |
| 4.3.1 | Dělení zátěže | 48 |
| 4.3.2 | Reakce na zátěž a její zvládání | 48 |
| 4.3.3 | Styly zvládání těžkostí..... | 50 |
| 4.3.4 | Efektivní formy boje se životními těžkostmi | 51 |

| | |
|--|------------|
| Metodologie a výsledky..... | 53 |
| 5 Metodologie výzkumu | 53 |
| 5.1 Organizace výzkumu | 53 |
| 5.2 Cíle práce | 54 |
| 5.3 Hypotézy | 54 |
| 5.4 Charakteristika zkoumaného souboru a analýza dat..... | 55 |
| 6 Diskuze | 87 |
| 7 Závěr..... | 97 |
| Seznam použité literatury..... | 100 |
| PŘÍLOHY: | 107 |

Báseň malého pacienta daného pracoviště

Na hlavě mám čepici,
alobal a anténku.
Asi bych teď vyděsil,
svou učitelku Markétku.

Pak mi všechno sundejte,
jen alobal odložte.
Můžu si v něm opékat,
slaninku a buřty snad.

Do pytlíku odtéká,
můj mok mozkomíšní.
Spravuje ho maminka,
tak mě snad celkem nevypustí.

Proto páni doktoři,
chopte se náradí,
a vraťte mi zpátky
shuntík milovaný.

A.P.2015

1 Úvod

Zavedení zevní komorové drenáže dnes patří mezi relativně často prováděné urgentní neurochirurgické výkony. Jedná se o prokazatelně velmi účinný a život zachraňující zákrok, kdy se nemocnému dítěti zavede do mozkových komor, skrze lebku, katétr odvádějící nadbytečný mozkomíšní mok uzavřeným drenážním systémem do sběrného válce. Indikací k zavedení zevní komorové drenáže je nejčastěji vysoký nitrolební tlak vyvolaný nitrolebním krvácením, patologická expanze, jakou může být tumor mozku, a hydrocefalus, jakožto přemnožení mozkomíšního moku v mozkových komorách.

Pacienti se zevní komorovou drenáží se řadí mezi náročnější pacienty z hlediska ošetrovatelské péče na lůžkách jednotek intenzivní péče. Nejčastěji leží na jednotkách intenzivní péče neurochirurgických klinik, ale také na onkologických a anesteziologicko-resuscitačních lůžkách. I okrajovou znalostí této problematiky lze zmírnit psychickou zátěž související s onemocněním dítěte prožívanou především rodiči malých pacientů, kteří trpí strachem a úzkostí související s onemocněním dítěte či péčí o něj. Proto bych byla ráda, kdyby veškerý kompetentní personál pracující na odděleních s takto nemocnými dětmi byl s touto problematikou seznámen v co největším možném rozsahu. Jen tak je možné plnit svědomitě a s ochotou pomáhající povolání, včetně uspokojování psychosociálních potřeb rodičů nemocných dětí. Dobrý psychický stav rodiče malého pacienta se odráží na další spolupráci se zdravotníky.

Psychická zátěž je v dnešní uspěchané době často zmiňovaným a projednávaným tématem. Pokud se ovšem ke každodenním starostem přidá nemoc dítěte, stává se tato zátěž několikanásobnou. Jen málo lidí z laické veřejnosti ví, jak se s takovou náloží stresu vypořádat. Strategií a technik pomáhajících s adaptací v různých životních nežádoucích situacích je velké množství, ovšem jen málo lidí z široké veřejnosti je zná. Mnozí autoři uvádí, že moderní člověk žijící v dnešní nelehké době bude dříve či později poznamenán nadměrou psychické zátěží. Reakcí na zátěž je mnoho a na profesionálech je, aby včas dokázali rozpoznat, kdy jedinec potřebuje odbornou pomoc a kdy se naopak s danou situací dokáže vyrovnat aktivací vlastních sil.

Hospitalizace dítěte s sebou přináší řadu změn a to ne jen pro dítě samotné, ale i jeho rodiče a celou rodinu. Jde o narušení normálního denního života, běžných aktivit a stylu rodiny. Každá hospitalizace, bez ohledu na její délku, se dítěti zapíše do paměti v tom dobrém, i v tom negativním, co prožije. To, co si malý pacient bude pamatovat, závisí především na ošetřujícím personálu a na jeho empatickém přístupu. K matce má dítě ve většině případů, více než pozitivní vztah, je pro něj psychickou a emocionální oporou, proto je dnes standardně přijímán jeden z rodičů malého

pacienta do nemocnice jako doprovod. Rodiče jsou pro nemocné dítě nenahraditelnou oporou, je tedy důležité, aby byli psychicky v dobré kondici, k ošetřujícímu personálu cítili důvěru a na zdravotnickém pracovišti se cítili bezpečně. Rodič by neměl být v očích personálu přítěží, což se stává z různých, třeba i nepochopitelných důvodů, ale naopak velkým pomocníkem v péči o nemocného.

Téma své diplomové práce, *Psychická zátěž a zvládání stresu u rodičů dětí se zevní komorovou drenáží*, jsem si zvolila pro jeho důležitost v pomáhajícím povolání, ale také pro blízkost k mé osobě a profesi. Zátěž prožívanou rodiči takto nemocných dětí si jen těžko dovede představit ten, kdo se s takovou situací nesetkal osobně. Sama pracuji s dětmi i jejich rodiči několik let, a z vlastní zkušenosti vím, že práce s malými pacienty je jedna z nejnáročnějších. Proto je důležité, aby se péče o takto nemocné děti mohli aktivně účastnit i rodiče, u kterých je, jak již bylo řečeno, psychická pohoda nezbytná.

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bude poukázat na problémy, kterým musí rodiče v souvislosti s onemocněním jejich dítěte čelit a zjistit, co jim pomáhá zvládnout nepříjemnou životní situaci. Prostřednictvím své diplomové práce bych ráda přinesla ucelený přehled poznatků o zevních komorových drenážích, o tom, jak pečovat o psychickou pohodu rodičů malých pacientů, abychom předcházeli nejrozličnějším možným nedorozuměním. Rodiče hospitalizovaných dětí jsou nezbytnou součástí léčebného režimu malých pacientů, a tak je důležité dbát na jejich spokojenost a patřičně reagovat na možné nedostatky.

Současný stav poznání

2 Zevní komorová drenáž

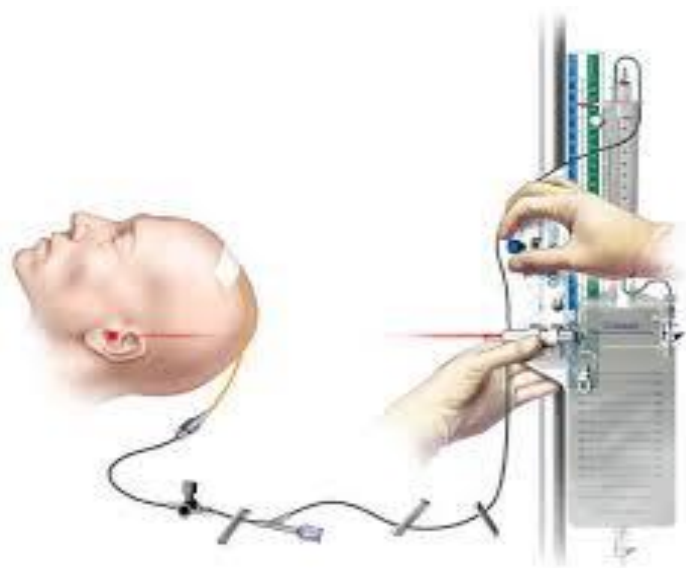
Zavedení zevní komorové drenáže (dále jen ZKD) je jedním z nejčastějších urgentních, život zachraňujících neurochirurgických výkonů. V souvislosti s nitrolební hypertenzí je možné zevní komorovou drenáž vidět dvěma způsoby. Prvním je výkon řešící dekompenzovaný hydrocefalus různých příčin (nejčastěji posthemoragický nebo obstrukční), kde drenáž odvádí patologicky městnatější mozkomíšní mok. Druhým pohledem je výkon, který umožňuje léčbu nitrolební hypertenze intermitentním či kontinuálním odváděním likvoru. ZKD může posloužit i k intratekální aplikaci léčiv, například antibiotik. (Klener, Šoula, 2009) Indikována je také při expanzi v zadní jámě lební jakou může být mozečkové krvácení nebo expanzivně se chovající ischemie. Pokud hlavním problémem je tamponáda komor s typickými morfologickými znaky (dilatace komor, transependymální přestup likvoru, zánik subarachnoidálních prostorů) a destrukce mozku není velká, tak je zavedení drenáže terapií. (Kalina, 2009)

Evakuace mozkomíšního moku ZKD je účinnou metodou vedoucí ke snížení intrakraniálního tlaku (dále jen ICP), zejména při dostatečné šíři postranních mozkových komor. Při evakuaci likvoru dochází ke zmenšení objemu mozkových komor. Pokud je současně diagnostikován i edém mozku, může dojít až ke zkolabování drénované komory. Odpovídajícím nastavením přepadu systému nebo frakcionovanou evakuací mozkomíšního moku klesá výskyt kolapsu mozkové komory. (Machková, 2010) Zevní komorová drenáž musí mít vždy regulovatelný přepouštěcí tlak. Nízký přepouštěcí tlak může způsobit likvorovou hypotenzi nebo předdrénování (overdrainage) se zúžením komor a rozšířením subarachnoidálních prostor. To vede k napínání přemostujících žil a riziku vzniku subdurálního hematomu. (Kalina, 2009) K nefunkčnosti drenážního systému může vést obstrukce plexem nebo gliální adhezí, vysrážením bílkovin, krví v systému, okluzí nádorem nebo zánětem či infekcí. Dále mezi příčiny malfunkce patří rozpojení systému, ohnutí nebo zalomení katétru odvádějícího mozkomíšní mok. (Náhlovský, 2006)

ZKD se zavádí nejčastěji do čelního rohu nedominantní mozkové komory. Výkon je možné u dospělých pacientů provést pouze v lokální anestezii. Vstupní tzv. Kocherův bod najdeme 1–2 cm před koronárním švem, 2–3 cm paramediálně. V tomto bodu se z krátké incize měkkých pokrývek lebních provede bodový (cca 3 mm) nebo trepanační (cca 1 cm) návrt lebeční kosti. Po návrtu neboli durotomii, se pokračuje punkcí čelního rohu silastikovým, bočně perforovaným drénem na zavaděči. V koronární rovině vede katétr na vnitřní koutek ipsilaterálního oka, v sagitální rovině na zevní zvukovod. V hloubce 3–5 cm dle velikosti komor a konzistence nemocného dojde k

jemnému odporu endymu, po jehož perforaci a po vytažení mandrénu vytéká proudem mozkomíšní mok. Drén se dále zavádí již bez mandrénu o cca 1cm hlouběji a vyvádí se tunelizací minimálně 5cm od původní incize. Po uzavření incize a fixaci katétru se připojí uzavřený sběrný systém. (Klener, Šoula, 2009) Uzavřené sety mají na principu spojitých nádob nastavitelný přepouštěcí tlak a umožňují přesně měřit denní odpad likvoru. (Kalina, 2009)

Mozkomíšní mok je tenkým katétrem odváděn do tzv. rezervoáru navazující na drén vyvedený z postranní komory nedominantní hemisféry. Zásadní podmínkou je přísné dodržení zásad asepse při zavádění drenáže a následné manipulaci s ní. Doba zavedení zevní komorové drenáže je různá, odvíjí se od aktuálního stavu konkrétního pacienta a vývoje morfologického obrazu. Nejčastěji zůstává drenáž zavedená šest až dvacet dní. U pacientů se zavedenou ZKD bývá pravidelně kontrolován mikrobiologický obraz mozkomíšního moku s cílem zjistit přítomnost bakterií vyvolávajících infekce. Nejčastější infekční agens v této problematice jsou staphylococcus epidermidis a staphylococcus aureus. (Kala, 2005)



Obrázek č. 1 – uzavřený systém ZKD (Kočí, Streitová)

Zásadní komplikací komorových drenáží jsou nozokomiální infekce, kterým lze předejít dodržováním určitých zásad. Mezi ně patří krytí výkonu antibiotiky, sterilní zavedení drenáže, tunelizace, uzavřený sběrný systém, bariérová ošetrovatelská péče a pravidelné kontroly likvoru v příslušných laboratořích. Preventivní podávání antibiotik po celou dobu zavedené komorové drenáže není doporučováno pro možnost vzniku rezistence. (Klener, Šoula, 2009) ZKD je obecně spojena s 2-10% rizikem vzniku infekce, které stoupá až na 40% při nutnosti chirurgicky řešit otevřenou impresivní zlomeninu lebky. Při zavádění katétru v časně poúrazové fázi může dojít ke vzniku intraparenchymového hematomu pro poruchu hemokoagulační faktorů. (Machková, 2010) Nejčastějšími komplikacemi tohoto výkonu jsou infekce

způsobené nesterilní manipulací. Méně časté jsou komplikace nastávající při ucpání drenáže či dislokaci drénu. (Kala, 2005) Při dodržování zásad správného ošetřování a manipulace s drenáží, je riziko infekce po dobu 10–14 dnů velmi malé. (Kalina, 2009)

Anderson a Gilbert (2012) uvádějí ve své publikaci studii, které potvrzují souvislost vzniku infekce s dobou zavedení ZKD. Přiklání se ale k tomu, že většina infekcí vzniká druhý až jedenáctý den po zavedení drenáže. Dále uvádějí, že infekce vznikají nejčastěji špatnou manipulací a otevíráním uzavřeného systému. Uvádějí doporučení neodebírat mozkomíšní mok jako rutinní vyšetření, ale jen jeli k tomu důvod (podezření na infekci).

V časopisu *Neurology, Nerosurgery and Psychiatry* se píše o tom, že délka doby zavedení ZKD nesouvisí se vznikem infekce. Dokonce uvádí svůj názor, každodenní odběr mozkomíšního moku nevede ke zvýšenému riziku vzniku katedrové infekce, pokud ovšem odběr provádí zkušený pracovník za stanovených aseptických podmínek. (Pfisterer et al., 2013)

2.1 Anatomie

Lebka je komplikovaná, pevná a pružná kostěná schránka sloužící pro uložení mozku a hlavních smyslových orgánů. Lebka zprostředkovává iniciální, mechanické zpracování potravy a příjem dýchacích plynů. Je tvořena obličejovými kostmi a kostmi mozkové části lebky. Podle typu osifikace se skládá ze dvou typů kostí, chondrokrania a desmokrania. Desmogenní osifikací vznikají primární kosti z vazivového základu, chondrogenní osifikací sekundární kosti z chrupavčitého základu. Oba typy osifikace se mohou kombinovat a tak jedna kost může být výsledkem obou procesů, např. kost týlní. Jednotlivé kosti lebky vytváří funkční celky nezbytné pro popis různých orgánových systémů majících vztah k lebce. V hlavě se nacházejí orgány nezbytné pro orientaci, vyhledávání, příjem a zpracování potravy. (Dylevský, 2014) Lebka lze dělit na supratentoriální a infratenoriální část. Lebeční dutina je vyplněna z 80 % mozkovou tkání, z 10 % likvorem a zbylých 10 % tvoří vaskulární složka. Uvedené kompartmenty mají výraznou objemovou dynamiku, ovšem zvětšení množství kteréhokoliv z nich probíhá na úkor ostatních. Část tvořená likvorovou složkou obsahuje u dospělého člověka 90–150 ml, hodinová produkce mozkomíšního moku se pohybuje mezi 10–25 ml/hodinu. (Kalina, 2009)

Lebka novorozence má v porovnání s lebkou dospělého jedince řadu růstových a tvarových znaků, jakými jsou velké neurokranium, malé a nízké splachnokranium. Předozadně je protažená, při pohledu shora má tvar pětiúhelníku. U novorozenců nápadně prominují nejtlustší místa kostí. (Čihák et al., 2011) Obvod hlavy novorozence je průměrně 34cm a během prvního roku života vzroste o 12cm. V deseti letech dítěte má hlava obvod 51-52cm, v dospělosti to je 55-57cm, což je

definitivní velikost hlavy. Objem mozkové dutiny je u novorozenců zhruba 370ccm (kubických centimetrů), v jednom roce života to je už 850-900ccm a v deseti letech již odpovídá hodnotám objemu dospělého člověka, tedy 1250-1360ccm. (Dylevský, 2014)

CNS je plášťovitě obklopen tekutinou cirkulující v subarachnoideálním prostoru označovaném jako zevní likvorový prostor, tato tekutina se nazývá likvor nebo také mozkomíšní mok (liquor cerebrospinalis). Ten vyplňuje mozkové komory, tyto dutiny bývají označovány jako vnitřní likvorový prostor. V oblasti čtvrté komory likvorové prostory navzájem komunikují. Základem komorového systému je centrální kanálek původní nervové trubice, který se během vývoje rozšiřuje do mozkových komor, ovšem v míše a mesencefalu se nemění. Mozkové komory jsou vystlány vrstvou kubických ependymových buněk. Strop komor je tvořen tenkou lamelou z ependymu (ependymální nádory), na kterou naléhá měkká plena mozková. (Druga et al, 2011)

2.1.1 Komorový systém

V mozku se nacházejí čtyři mozkové komory, dvě postranní, ventriculi laterales, ležící v mozkových hemisférách, jedna mozková komora, ventriculus tertius, uložená mezi thalamy (třetí) a jedna mezi mozečkem a mozkovým kmenem, ventriculus quartus (čtvrtá). Mozkové komory jsou definovány jako dutiny v mozkové tkáni naplněné tekutinou, mozkomíšním mokem. Postranní komory mají obloukovitý tvar, rozlišujeme na nich různé části, podle mozkových laloků, kterými procházejí. Tedy část centrální, frontální, temporální a okcipitální. Postranní komory jsou propojeny s třetí mozkovou komorou přes foramen interventriculare Monroi. Třetí komora je spojena přes aquaductus mesencephali s komorou čtvrtou. Čtvrtá komora má tvar pyramidy (v sagitální rovině), její spodinu tvoří zadní část mozkového kmene nazývaní se fossa rhomboidea. Ve stropu čtvrté komory se nacházejí tři otvory, které jsou jediným spojením komorového systému s prostorem kolem mozku, nazývají se apertura mediana ventriculi quarti, aperturae laterales ventriculi quarti a foramina Luschkae. Povrch mozkových komor je pokrytý ependymem a choroideálním plexem, jenž produkuje mozkomíšní mok neboli likvor. (Elišková, Naňka, 2006)

2.2 Mozkomíšní mok

Mozkomíšní mok zdravého člověka je čirá tekutina obsahující malé množství proteinů, glukózy, lymfocytů a dalších složek. Objem mozkomíšního moku u zdravého člověka odpovídá rozmezí 100 – 180ml (někteří autoři uvádějí 90-150ml). Z tohoto množství je v mozkových komorách přibližně čtvrtina, zbylý objem je v prostoru mezi měkkými mozkovými plenami, mezi pia mater a arachnoideou. (Čihák et al., 2004) Většina z množství mozkomíšního moku se vytváří z choroideálního plexu

postranních komor, který vystylá mozkové komory. Zbylé množství je produkováno z okolí mozkových cév. Mozkomíšní mok se kontinuálně obnovuje. Likvor odtéká z postranních komor do třetí mozkové komory přes foramina interventriculares, které bývají označovány také jako foramina Monroi. Dále pokračuje ze třetí komory přes aquaductus mesencephali, označovaný též názvem aquaductus Sylvii, do čtvrté mozkové komory. Ze čtvrté komory se dostává přes foramina Luschkae a foramina Magendie do subarachnoideálního prostoru, kde se vstřebává skrze Pacchianské granule arachnoidei a arachnoideální klky. (Kala, 2005) Celkový objem likvoru se pohybuje kolem 150ml, komorový systém obsahuje přibližně 25-30ml, v subarachnoideálním prostoru páteřního kanálu je 75ml likvoru a 45-50ml v intrakraniálním subarachnoideálním prostoru. Denně se vytvoří cca 500ml mozkomíšního moku a vstřebá do žilního systému cca 350ml. Cirkulace moku je podmíněna pulsací mozku. (Druga et al., 2011)



Obrázek č. 2 – Mozkomíšní mok ze ZKD (Dětská onkologie, 2016)

Tvorba likvoru v chorioidálních plexech je aktivním procesem probíhajícím i proti zvýšenému intrakraniálnímu tlaku. Mozkomíšní mok se vstřebává v Pacchioniho granulacích, které lze považovat za jednosměrný chlopňový ventil mezi likvorovým a venózním kompartmentem. Intrakraniální tlak při pulzové vlně stoupá, likvor se přepouští do venózního řečiště, čímž udržuje jeho stálý objem. Pokud narůstá jiný kompartment, vzroste ICP a likvorový prostor se zmenšuje. Podél kořenových pochev se nachází vedlejší cesta umožňující resorpci moku, ale ta je samostatně nedostačující. (Kalina, 2009) Likvor má několik funkcí, svým charakterem hydraulického polštáře nadnáší mozek, čímž mu zajišťuje mechanickou ochranu a redukuje jeho hmotnost na 50g z původních cca 1400g. Také pomáhá udržet stálé prostředí pro činnost neuronů a gliových buněk, odvádí do žilní krve metabolity, které by mohly poškodit činnost CNS. (Druga et al., 2011)

Sangvinolentní (krvavý) likvor vzniká arteficiální nebo patologickou příměsí krve orientačně odlišitelnou pomocí zkoušky více zkumavek. Červené krvinky z patologického krvácení se usazují na dno zkumavky a protřepáním je lze opět rozptýlit. Pokud je v mozkomíšním moku arteficiální příměs, vytvoří se koagulum. Xantochromní (žlutavý) likvor může značit krvácení do likvorových cest staršího charakteru. Je vytvářen přeměnou hemoglobinu erytrocytů na bilirubin v důsledku extrémní hyperbilirubinémie. Koagulující likvor je charakteristický rosolovitě žlutou barvou s fibrinovou sítí. Objevuje se při masivní arteficiální příměsí krve u pacientů s těžkým porušením hematolikvorové bariéry nebo u blokového likvoru (Froinův syndrom). Zkalený likvor je bílo-žluto-zelený a nacházíme ho u purulentních meningitid. Zákal na rozdíl od kontaminovaného likvoru, který je také zkalený, se nedá odstranit centrifugací. Melanochromní likvor, tmavě hnědě zbarvený, přítomný vzácně pro přítomnost pigmentu melaninu při melanoblastomatóze mening. (Kala, Mareš, 2008)

2.2.1 Sekrece a resorbce mozkomíšního moku

Pro fyziologický průtok mozkomíšního moku je rozhodujícím faktorem volná průchodnost komorového systému a subarachnoideálních prostor. Během života se množství mozkomíšního moku zvyšuje na úkor mozkového parenchymu. U dětí a mladých dospělých tvoří objem nitrolebečního likvoru asi 6-7% celkového nitrolebečního objemu. Po šedesátém roce věku člověka to je přibližně 9% a po osmdesátém roce věku více než 14%. Choroideální plexus je umístěný ve stropu třetí komory, v postranních komorách a čtvrté komoře. Velké množství moku přestupuje do velkých nitrolebečních venózních sinusů přes arachnoidální klky a Pacchionské granule. Durální vény a sinusy zprostředkovávají přestup likvoru přímo do venózní krve. Zbýlý mok je vstřebáván ze subarachnoideálního prostoru přes villi arachnoideales do horního šípového splavu. (Kala, Mareš, 2008)

Proudění MM

Metodou umožňující posoudit dynamiku proudění likvoru byla dříve izotopová cisternografie, kterou do klinické praxe zavedl v roce 1964 Di Chiro a v roce 1967 ji poprvé užil k diagnostice normotenzního hydrocefalu Bannister. Vyšetření se zakládá na principu sledování pohybu aplikovaného radiofarmaka cestou lumbální punkce skrze likvorové cesty. Za fyziologických podmínek je na scintigramu pět hodin po podání indikátoru zřetelná přítomnost radioaktivity v bazálních cisternách. Původní tvrzení, že reflex izotopu do komor je nefyziologický, bylo vyvráceno. Bergstrand v roce 1986 potvrdil nálezy jiných autorů prokázáním reflexu radiofarmaka do komor skupiny zdravých dobrovolníků. Z tohoto důvodu je izotopovou cisternografií považována za velmi nespolehlivou pro posuzování likvorové dynamiky. Proudění

mozkomíšního moku v lebeční dutině a páteřním kanále je udržováno srdečními stahy. Při systole krev přitéká do mozkových cév, kde způsobuje pulsaci mozkové tkáně a tímto procesem se vytlačuje likvor z lebeční dutiny do páteřního kanálu. Při diastole naopak proudí z dutiny lebeční krev rychleji než při systole, což spolu s rytmem pulsace mozkové tkáně vede k toku moku směrem kraniálním (k lebce). Proudění likvoru v akvaduktu a čtvrté komoře je možné znázornit pomocí sinusoidy, jejíž větší část probíhá nad nulovou linií. Objem mozkomíšního moku, který odtéká, je tedy větší než množství moku vracejícího se zpět. Dnes se ke znázornění pohybu mozkomíšního moku používá především zobrazení magnetickou rezonancí, viz obrázek č. 3. (Kala, Mareš, 2008)



Obrázek č. 3, vlevo – pacient po III. ventrikulostomii, na stěně III. komory je patrný vír mozkomíšního moku jako ověření průchodnosti ventrikulostomie, vpravo – stav před operací, kde je patrná intaktní spodina III. komory (obrázek z archivu MR FN Motol, 2016)

Hodnoty tlaku MM

Univerzální referenční bod určený pro měření nitrolebečního tlaku neexistuje, proto je obtížné uvést jeho zcela přesné a obecně platné normální hodnoty. U ležícího člověka se za fyziologické parametry za normálních okolností pohybuje intraventrikulární tlak kolem hodnoty $100 \pm 50 \text{ mm H}_2\text{O}$. Vstoje uvedený tlak klesá až k záporným hodnotám, u zdravých jedinců až na hodnoty -20 až $-15 \text{ mm H}_2\text{O}$. Jedna z možností vedoucí k získání hodnoty intrakraniálního tlaku je jeho měření během lumbální punkce provedené vleže na boku. U zdravých normosteniků byla stanovena průměrná hodnota tlaku na $136 \text{ mm H}_2\text{O}$ se směrodatnou odchylkou $37,6$.

Téměř čtvrtina zdravé populace (zejména obézních jedinců) má tlak mozkomíšního moku měřený při lumbální punkci vleže na boku v rozmezí od 200 do 250 mm H₂O. Tyto hraniční hodnoty mohou v některých případech vést ke klinickým příznakům mozkového pseudotumoru nebo hydrocefalu. Intrakraniální tlak je u dětí mnohem nižší než u dospělých lidí, konkrétně se uvádí 45+- 12 mm H₂O. (Kala, Mareš, 2008)

Obecná likvorologie

Vyšetření likvoru v řadě indikací představuje nenahraditelnou diagnostickou metodu. Likvor se odesílá na vyšetření cytologické, biochemické, imunologické, molekulárně biologické, spektrofotometrické, vyšetření intratekální syntézy imunoglobulinů a vyšetření funkce hemato-likvorové bariéry. Dále se v mozkomíšním moku vyšetřují parametry specifické pro patologické změny v centrální nervové soustavě, jakými jsou proteiny akutní fáze, inhibitory proteináz, markery tkáňové destrukce CNS (apolipoproteiny), tumorové markery a kompresivní markery (albumin, fibrinogen). Speciální likvorologie potom zkoumá parametry specificky poškozených proteinů centrální nervové soustavy v mozkomíšním moku v rámci neurodegenerativních onemocnění, cévních postižení a traumat CNS. Dále diagnostikuje intratekální syntézy imunoglobulinů, průkaz neurotropních patogenních agens, neuronálních a specifických protilátek. Lékař provádějící punkci současně hodnotí vzhled likvoru a měří likvorový tlak pomocí manometru. (Kala, Mareš, 2008)

2.3 Intrakraniální tlak

Hodnota nitrolebního tlaku je dána souhrnem tlaků vytvářených mozkomíšním moky, krví, mozkovou tkání a dalšími přítomnými složkami. Objemy těchto složek se neustále mění, takže nitrolební tlak je hodnota dynamická, měnící se podle aktuálních objemových změn daných složek. Pokud se zvětší objem některé z vyjmenovaných složek, nebo další patologické (nádor, krvácení), děje se tak na úkor ostatních. Mezi prvními se z dutiny lební přesouvá mozkomíšní mok nebo žilní krev, kompenzující vzrůst některého z vyjmenovaných objemů. Jestliže se objem jedné nebo více složek trvale zvětšuje, a další kompenzace přesunem mozkomíšního moku a venózní krve není již možná, dochází k vzestupu nitrolebního tlaku. (Machková, 2010) Při měření intrakraniálního tlaku skrze mozkové komory je evakuace likvoru v indikovaných případech metodou první volby řešením akutního vzestupu ICP. Evakuace mozkomíšního moku je mimo jiné prováděná i u pacientů s traumatickým poraněním mozku. Externí komorový drén spojený s měřícím zařízením poskytuje kontinuální měření ICP, výpočet centrálního perfuzního tlaku a odpouštění mozkomíšního moku. Evakuace několika mililitrů likvoru u pacientů s mozkovým edémem může dostatečně snížit ICP. Kerr et al. Došli k závěru, že odpuštěním 3 ml likvoru dojde ke snížení ICP o 10 % a zvýšení centrálního perfuzního tlaku o 2 %.

Tento stav se udrží po dobu deseti minut. Tento typ terapie je velmi účinný, cenově nenáročný a má podstatně menší množství komplikací než ostatní druhy léčby zvýšeného intrakraniálního tlaku. (Machková, 2010)

U dospělého jedince v poloze vleže jsou normální hodnoty nitrolebního tlaku mezi 7-15 mmHg. V poloze vzpřímené hodnoty ICP mohou poklesnout pod hodnoty atmosférického tlaku. Fyziologické zvýšení ICP je běžné při kašlání, předklonu hlavy, stlačení krčních žil nebo jiných typech Valsalvova manévru. Patologicky může ICP přechodně dosahovat hodnot až kolem 60 mmHg. Hodnoty intrakraniálního tlaku vyšší než 20 mmHg jsou považovány za patologické. Objemové změny uvnitř lebeční dutiny ovlivňující nitrolební tlak jsou závislé na stavu kompenzačních mechanismů. Rozhodující je množství mozkomíšního moku, jaké ještě může být přesunuto z lebeční dutiny do spinálního kanálu. Dále o kolik může být snížený mozkový krevní objem v mozkových cévách a stav elasticity mozkové tkáně (Smrčka, 2003).

Compliance je poměr mezi změnou objemu a změnou ICP udávající míru, jakou může růst objem intrakraniálních kompartmentů bez vlivu na ICP. Jakýkoli expanzivní proces snižuje tento poměr. Ukazatelem vyčerpané compliance na CT nebo MR zobrazení je zúžení komorového systému, zánik subarachnoidálních prostor a přesun středočárových struktur. (Kalina, 2009)

2.3.1 Nitrolební hypertenze

Šonková (2009) uvádí následující klinický obraz nitrolební hypertenze:

- Bolest hlavy, jakožto nejčastější příznak zvýšeného nitrolebního tlaku. Pokud se nitrolební hypertenze rozvíjí pomalu, tak je začátek a vývoj intenzity bolesti hlavy pozvolný. Naopak při parenchymové hemoragii nastupuje bolest prakticky ihned. Při akutní blokádě likvorových cest se může vyvíjet i několik hodin. Bolest stoupá na intenzitě v situacích, kdy se tlak v intrakraniálním prostoru zvyšuje. Jde o předklon, vodorovnou polohu, kašel, vyprazdňováním s vyvinutím námahy a jiné. Bolest hlavy při nitrolební hypertenzi se špatně ovlivňuje analgetiky, úlevu přináší zvýšená poloha horní poloviny těla.
- Zvracení objevující se bez předchozí nauzey, nejčastěji v ranních hodinách po probuzení. Zvracení zvyšuje intrakraniální tlak a tím i přidruženou bolest hlavy. Bývá u nádorů, kde vzniká obstrukční hydrocephalus.
- Edém papily zrakového nervu neboli městnavá papila. Otok papily očního nervu je významným ukazatelem nitrolební hypertenze. Ovšem více než polovina nemocných s nitrolební hypertenzí je bez známek městnání na očním pozadí. Včasné odhalení edému papily je důležité také z hlediska ochrany zraku. Přetrvávající otok papily může vést k deficitu části zorného pole a následně až ke ztrátě zraku.

- Porucha zraku se vyskytuje především při rychlém nárůstu nitrolební hypertenze. Dlouhodobá a neléčená nitrolební hypertenze vede k nevratnému poškození zraku.
- Diplopie neboli dvojité vidění může být velmi nespecifickým příznakem zvýšeného intrakraniálního tlaku z parézy nervus abducens.
- Zhoršené vědomí může naznačovat významnou nitrolební hypertenzi. Bývá důsledkem poruchy funkce ascendentní retikulární formace v mezencefalu a nebo v diencefalu.
- Zvýšený krevní tlak i bradykardie jsou zcela nespecifickými příznaky u těžké nitrolební hypertenze a omezující mozkovou perfuzi. Náhlá bradykardie může být příznakem dekompenzované nitrolební hypertenze.

Nitrolební hypertenze vzniká především u pacientů po těžkém poranění mozku, kteří mají po úraze poruchu vědomí, nebo se u nich po lucidním intervalu začne projevovat porucha vědomí. Nežli se porucha vědomí rozvine, mohou si stěžovat na bolesti hlavy, mohou mít nauzeu nebo zvracet. Obvyklým příznakem nitrolební hypertenze je tedy porucha vědomí, která bývá hodnocena stupnicí Glasgow Coma Scale (otevírání očí, nejlepší slovní a motorická opověď). S rozvojem nitrolební hypertenze může dojít ke vzniku bradykardie a hypertenze, tzv. Cushingův reflex. (Smrčka, 2003).

2.3.2 Hydrocefalus

Hydrocefalus je charakterizován nahromaděním mozkomíšního moku v dutině lební, nejčastěji v mozkových komorách. Důsledkem je narušení rovnováhy mezi tvorbou a zpětnou resorpcí mozkomíšního moku. Příčin vzniku hydrocefalu je několik, mohou být vrozené i získané. Nejčastějšími projevy jsou zvětšené mozkové komory a příznaky nitrolební hypertenze. (Brindová, 2011) Dochází k nahromadění mozkomíšního moku v intrakraniálním prostoru důsledkem poruchy jeho tvorby, vstřebávání nebo průtoku. V terapii hydrocefalu se využívají drenážní extrakraniální intrakorporální systémy, nejčastěji ventrikuloperitoneální. (Náhlovský, 2006)



Obrázek č. 4 – dítě s hydrocefalem (Brichtová, 2016)

Základním příznakem hydrocefalu je rozšíření komorového systému, symetricky nebo naopak. Klinické symptomy jsou závislé na věku pacienta. U malých dětí jde zejména o vyklenutí fontanely, které neopadne ani v klidovém stavu jedince a vertikální poloze. Dochází k patologickému rozšíření švů lebky, čímž se zvětšuje i obvod hlavičky dítěte. V pozdější fázi onemocnění se setkáváme s napnutou kůží lebky s rozšířením žil a obrnou pohledu vzhůru, tzv. Parinaudův syndrom, který je u dětí známý jako příznak zapadajícího slunce. Mětnání na očním pozadí se prokazuje opožděně až u starších dětí s již uzavřenými švy, u kojenců je raritní. (Navrátil, 2012) Příznaky provázející hydrocephalus nejsou jednoznačné. Jejich rozvoj a doba působení je závislá na množství produkovaného moku, schopnosti resorpce, době trvání obstrukce, možnostech rozšíření lebky a dalších důležitých faktorech. (Brindová, 2011) U náhle vzniklého hydrocephalu mohou být přítomny příznaky nitrolební hypertenze, v pokročilé fázi se objevuje bradykardie, oběhová hypertenze, zmatenost, rozšíření očních zornic a v nejhorším případě i kóma. (Kala, 2005)

Léčba hydrocephalu je závislá především na chirurgické intervenci. Mětnající mok při tomto onemocnění lze zvládnout širokým spektrem operací. Výběr konkrétní operace se odvíjí od typu hydrocephalu. Jestliže příčinou obtíží je překážka v odtoku mozkomíšního moku jedná se o hydrocephalus obstrukční, snahou operátora tedy je odstranit příčinu. Pokud tak učinit nelze, provádí se drenážní operace, která může být dočasná nebo trvalá. Dočasné operace se indikují pro překlenutí akutního období, někdy ovšem mohou problém zcela vyřešit. (Kala, 2005) Cílem terapie dětského hydrocefalu je normalizace intrakraniálního tlaku a vytvoření odpovídajících podmínek pro další fyziologický vývoj centrální nervové soustavy dítěte. Dnes je již léčba hydrocefalu pouze chirurgická, od konzervativních metod dříve používaných, např. terapie diuretiky, bylo odstoupeno. V některých případech můžeme hydrocephalus vyřešit odstraněním jeho příčiny, tumoru, cévní malformace a jiných patologických změn. Ve větší části případů tohoto onemocnění musíme zajistit derivaci mozkomíšního moku jiným způsobem. (Navrátil, 2012)

2.3.3 Mozkové nádory

U dětí jsou nádory mozku nejčastějšími solidními tumory. V četnosti zhoubných nádorů se vyskytují na druhém místě, hned za leukemií. Úmrtí dětí mezi čtvrtým a dvanáctým rokem způsobují nejčastěji právě nádory mozku. Nádory mozku diagnostikované do dvou měsíců věku dítěte jsou považovány za kongenitální. Příčina vzniku nádorů mozku je doposud nejasná a nejspíše multifaktoriální. Známé jsou pouze rizikové faktory, mezi které patří vliv prostředí, genetika a molekulární faktory. Nejčastějšími nádory mozku u dětí jsou kmenové gliomy, medulloblastomy, ependymomy a astrocytomy mozečku. (Náhlovský, 2006)

2.4 Specifika dětské neurochirurgie

Dětská neurochirurgie jako samostatný specializovaný obor se připisuje roku 1929, kdy Franco Ingraham, žák slavného Harveye Cushinga, založil v Bostonu první Pediatrické neurochirurgické oddělení. Nejzávažnější problematikou byly tehdy vrozené vývojové vady, hydrocefaly a tumory. První učebnice dětské neurochirurgie, kde F. Ingraham spolu s Matsonem sepsali své diagnostické a operační zkušenosti, byla vydána v roce 1934. V Evropě se začala rozvíjet dětská neurochirurgie koncem 50. let 20. století. Postupně byly zakládány samostatné specializované pracoviště dětské neurochirurgie. V České Republice tomu tak bylo v roce 1971, kdy byla založena dětská neurochirurgie při Neurochirurgické klinice v Hradci Králové a v roce 1979 ve Fakultní dětské nemocnici v Praze Motol. V Evropě vznikla společnost pro dětskou neurochirurgii, European Society for Pediatric Neurosurgery, v roce 1967, na mezinárodní úrovni International Society for Pediatric Neurosurgery pak v roce 1972. Oficiálním časopisem těchto společností se stal v roce 1975 Child's Brain. Ten v roce 1985 byl přejmenován na Child's Nervous System, který je v současnosti časopisem nejen světové a evropské společnosti pro dětskou neurochirurgii, ale i Korejské a Japonské dětské neurochirurgické společnosti. Revolučním přínosem pro diagnostiku v neurochirurgii bylo zavedení počítačové tomografie v roce 1972, počátkem osmdesátých let pak magnetická rezonance. (Náhlovský, 2006)

Dětská neurochirurgie je specifická odlišnostmi dětské centrální nervové soustavy, jejích anatomických vlastností a dalšími. Například v rozdílném stupni hydratace a myelinizace bílé hmoty u nezralého dítěte ve srovnání s donošenými dětmi nebo batolaty, kdy je již rozložení myelinu v mozku obdobné s rozložením myelinu v mozku u dospělých. Dětská centrální nervová soustava se liší také vyšší plasticitou a náchylností ke vzniku otoku mozku po traumatu na podkladě reflexní vazodilatace. Důležitým faktorem v terapii dětských pacientů je i ošetrovatelská péče poskytovaná dětskými sestrami a dalším specializovaným personálem, zejména rehabilitačními pracovníky. (Náhlovský, 2006) Celosvětové studie poukazují na jednoznačnou prospěšnost oborové neurochirurgické jednotky intenzivní péče pro pacienty projevující se zejména na jejich prognóze a následné kvalitě života. (Navrátil, 2012)

3 Hospitalizace

Hospitalizací se rozumí umístění nemocného v nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení. S hospitalizací souvisí narušení každodenního života nemocného, většinou i jeho rodiny a blízkých přátel. První kontakt s nemocnicí by měl být pro pacienta co nejméně zatěžující, na místě je navození uspokojivé atmosféry, která nemocného zbaví nadbytečného stresu a strachu. (Boledovičová et al, 2000) Zdravotní sestry jsou bezpochyby v porovnání s ostatními členy zdravotnického týmu s pacientem

v kontaktu nejčastěji. Během hospitalizace mohou svojí profesionalitou na nemocného působit pozitivně a v dobrém ovlivnit jeho adaptaci na dočasné nové prostředí. (Boledovičová et al, 2006)

Na každou hospitalizovanou osobu by se mělo nahlížet jako na osobu s biopsychosociálními potřebami bez ohledu na to, zda se jedná o dětského či dospělého pacienta. Holistické neboli celostní či komplexní pojetí člověka se již řadu let promítá i do pediatrického ošetřovatelství. (Cabajová, 2009)

Hospitalizace dítěte s sebou nese psychickou zátěž a celou řadu změn, ne jen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a celou rodinu. Změny se projeví zejména na běžných aktivitách a životním stylu. Dítě je omezováno v kontaktu se sourozenci i jeho blízkými. (Ondriová, 2010) Každé dítě, které je přijímáno do nemocnice mívá zpravidla strach a nemoc samotná bývá doprovázena různou mírou úzkosti. Tyto pocity vyvolávají u dětí reakce, které nám mohou pomoci danou situaci zvládnout. I pouhá změna chování malého pacienta nám pomůže odhalit, jak se asi cítí. Děti jsou ve srovnání s dospělými pacienty vystaveny několikanásobně větší psychické zátěži během nemoci spojené s určitým omezením. (Hušťavová, 2007) Je nutné zmínit, že dětský pacient není zmenšeninou dospělého, každý má jiné potřeby a priority, a proto i péče o ně je velice rozdílná. Ošetřovatelská péče poskytovaná dětem je specifická a nelze jí zaměňovat s péčí o dospělého nemocného. Každý pacient, ať již dítě, nebo dospělý, má své individuální vlastnosti, postoje i potřeby. Standardně je každý pacient považován za individuum. (Dorková, 2010)

První dojem, který vznikne mezi nemocným a zdravotníkem hraje stejně velkou roli jako první kontakt dítěte s nemocnicí. Tento první kontakt s dítětem a jeho rodiči ovlivní následující adaptaci malého pacienta na celou hospitalizaci. (Boledovičová et al, 2006) Hospitalizaci dítěte a s ní spojené prožívání nemoci ovlivňuje také předchozí zkušenost s touto událostí, velký význam hraje chování ošetřovatelského personálu, vztah k dítěti samotnému a kvalita náhradní mateřské péče poskytované zdravotnickým týmem. (Plevová a Slowik, 2010) Děti jsou považovány za budoucnost lidstva, i proto všechny společnosti považují jejich zdraví za životně důležité. Ošetřovatelská péče poskytovaná dětem je velmi náročná a bere v potaz jejich růst a vývoj. (Datta, 2007)

Reakce dětí na hospitalizaci může být ovlivněna několika z následujících faktorů:

- věk dětského pacienta
- osobnost a temperament dítěte
- osobnost a temperament rodičů
- pohlaví nemocného
- délka hospitalizace
- omezení související s hospitalizací
- lékařské a ošetrovatelské výkony
- přístup a chování zdravotnického personálu
- zkušenosti z předchozích hospitalizací (Ondřiová, 2010)

Děti nemívají kontrolu nad tím, co se s nimi děje. Najednou jsou v neznámém prostředí plném pro ně zvláštních věcí. Malí pacienti na tuto změnu většinou reagují zlobou až agresí a odmítáním. Dítě potřebuje mít zabezpečenou stále jednu ze základních potřeb, jakou je potřeba bezpečí a jistoty. To může zajistit pouze hodně blízká osoba, nejčastěji matka. Pokud z různých důvodů přeci jen dojde k odloučení malého dítěte od matky, může to nést hůře než nemoc samotnou. (Sedlářová et al., 2008) Proto je vhodné, aby rodiče své potomky během hospitalizace doprovázeli. Rodiče jsou nezbytnou osobou usnadňující vyrovnávání se se strachem, jsou pro dítě primární emocionální oporou a až potom jsou zdravotníci. (Hušťavová, 2007) Matka nebo jiná blízká osoba hospitalizovaná jako doprovod dítěte přebírá na sebe obavy a strach dítěte z hospitalizace. Vysvětluje a překládá dítěti informace, kterým ještě nerozumí. Nový systém péče o hospitalizované dětské pacienty, vycházející z principů Family Centred Care – péče zaměřená na celou rodinu, ne jen na nemocné dítě, vznikl původně ve Velké Británii. Pro tento systém je charakteristické, že rodiče jsou pro dítě základním, nenahraditelným zdrojem jistoty a bezpečí. Jen oni své dítě znají na tolik, aby včas dokázali zareagovat na jeho měnící se potřeby. Během hospitalizace stále zůstávají rodiče zákonnými zástupci a mají za dítě právní odpovědnost. Stávají se tak spolupracovníky zdravotníků a není možné je z ošetrovatelského procesu vyloučit. (Sedlářová et al., 2008)

Adaptace dětského pacienta na zcela cizí nemocniční prostředí je dlouhodobý složitý proces s různými fázemi. V tomto procesu je nutné, aby všichni zdravotníci, jakož to tým, dokázali danou fázi správně rozpoznat a zaujali vhodný postoj k dítěti a hospitalizaci dítěte jako takové. (Ondřiová, 2010)

Negativní zážitky a pocity dítěte v souvislosti s hospitalizací prokazatelně snižuje spolupřijetí matky nebo jiného blízkého člena rodiny. Malí pacienti jsou ve většině případů citově vázány na matky, které právě svojí přítomností během hospitalizace

napomáhají dítěti s adaptací na nové prostředí. Zdravotnický personál může považovat takový doprovod dítěte za rušivý element v provozu oddělení, ale je prokázáno, že naopak přítomnost matky během hospitalizace zlepšuje efekt samotné léčby. V případě spolupřijetí matky je zajištěna informovanost, vzniká možnost pro pozorování jejího vztahu k dítěti a zároveň lze matku naučit nezbytné výkony v souvislosti s péčí o dítě. (Šašinka, Šagát et al., 1998)

3.1 Hospitalismus

V souvislosti s hospitalizací dítěte může vzniknout takzvaný hospitalismus, který je označován jako „choroba z nemocnice“. Projevuje se hlavně psychickými, někdy i somatickými poruchami, jako je například nespavost, nechutenství a hubnutí. Mezi základní faktory podněcující vznik hospitalismu patří nucená nečinnost pacienta a délka hospitalizace. Prvořadý význam při vzniku hospitalismu u dětí má ztráta úzké citové vazby dítěte s rodičem. Negativně působí také nemoc a její projevy, stereotypní nemocniční prostředí i nedostatek výchovných stimulů. Dítě je uzavřené, hraje si samo nebo vůbec, nekomunikuje a odmítá navazovat kontakty s ostatními. Volný čas, kdy je uzavřený do sebe vyplňuje neúčelnými stereotypními pohyby, jakými jsou například kývání hlavou, trupem, cucání si prsty nebo vydávání neartikulovaných zvuků. Tyto projevy zdaleka neodpovídají věku dítěte a mají represivní (donucovací) charakter. Dítě je negativistické a citově reaguje pláčem, protesty či agresí. Malé dítě chápe situaci jako konečnou a neměnnou, nedokáže ani pochopit důležitost hospitalizace. (Ondriová, 2010)

3.1.1 Frustrace a separace

Fáze typické pro separaci (odloučení) dítěte:

- 1. Fáze - protest, dítě se vzteká a křičí,
- 2. Fáze – zoufalství, dítě ztrácí naději na přivolání matky, vzteká se méně,
- 3. Fáze – odpoutání se od matky, dítě se upoutá na jinou osobu než je matka nebo na nějakou oblíbenou věc. (Ondriová, 2010)

Mezi faktory způsobující dlouhodobé neuspokojení potřeb dítěte neboli k deprivacním faktorům hospitalizace patří výkony spojené s bolestí, narušený režim spánku i bdění, podávání potravy a odchylné stereotypy od každodenního domácího života. U některých dětí mohou přetrvávat pocity nejistoty a pocitového chaosu. Často se děti bojí promluvit a vyjádřit nějakým způsobem svůj názor, dokud není vyzváno, protože je nejisté, co jeho informace vyvolá, jaká vyšetření či léčba. Děti vědomě i nevědomě reagují na každé slovo i gesto lékaře, a jediné, co očekávají je pochopení pro své problémy. Hospitalizace by měla probíhat tak, aby dítěti nahradila dočasnou ztrátu domova a prostředí jemu blízkému. (Šašinka, Šagát et al., 1998). Intenzivní

úzkostná a strachová reakce na odloučení od blízké osoby neboli separační reakce se odvíjejí od stavu afektivity a emocionality dětí. Dívky snášejí odloučení od matky prokazatelně lépe než chlapci. Mezi projevy dítěte trpící separační úzkostí mohou patřit obranné reakce, jako jsou křik, pláč, zmatenost trvající i několika dní. (Ondriová, 2010)

3.2 Práva dětí

Práva nemocných jsou všeobecně známé zdravotnické i laické veřejnosti. Nemoc dítěte je již od dávných dob velmi vážnou problémovou situací, kde je mnohdy nutné zapojit právní moc. Aplikace práv dětí může zmírnit negativní dopady, které se s náročnou životní situací pojí. Péče o dětského, ale i o dospělého pacienta, by vždy měla být poskytována vystudovanými zdravotníky dle platné legislativy. (Zacharová, 2010) Každé dítě, stejně jako jiné lidské bytosti, má svou hodnotu, důstojnost a základní práva. S ohledem na tělesný a duševní vývoj, bezbrannost i zranitelnost potřebují děti speciální péči, pomoc, ochranu, porozumění a lásku. Tomu odpovídají lidská práva od základních práv zabezpečujících přežití, rozvoj a ochranu, po práva vyjadřující možnost účasti dítěte na jednání a rozhodování o sobě. (Bůžek, 2009)

V České Republice se právům dětí věnovali Markéta a Jiří Královcovi z nadačního fondu Klíček zabývajícím se pomocí vážně nemocným dětem a jejich rodinám. Později společně s uznávaným pediatrem Janem Jandou vypracovali návrh Charty práv dětí v nemocnici, který byl roku 1993 podpořen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Charta práv hospitalizovaných dětí byla schválena na první evropské konferenci o hospitalizovaných dětech roku 1988. Jde o morální kodex a její jednotlivá ustanovení nelze právně napadat. (Vyoral Krakovská, 2013) Charta práv hospitalizovaných dětí je dokument, který je základním indikátorem pro přístup k dítěti a jeho blízkým v nemocnici. Jednou ze základních myšlenek Charty je sounáležitost dítěte s jeho rodinou. Jednotlivá práva dítěte jsou uvedena v etickém kodexu. Hospitalizace dítěte je vždy velmi zatěžující, i proto je nutné umožnit dítěti neustálý kontakt s rodinou, právo na informace a soukromí. (Beránková, 2011) Po přijetí Charty práv dětí se rodina stává součástí léčebného, ale i ošetrovatelského procesu. Hospitalizace dítěte již není důvodem k přerušení styku s rodinou a blízkými, ale naopak možností společného pobytu dětí a rodičů či jiných osob pečujících o dítě. Výhodou tohoto systému je to, že doprovázející osoba může zhodnotit kvalitu poskytované péče, vybavenost zdravotnického zařízení, přístup zdravotnického personálu k dítěti a míru informovanosti o zdravotním stavu a léčebném režimu dítěte. (Cabajová, 2009)

V roce 2013 byl proveden výzkum s cílem zjistit míru informovanosti rodičů ohledně práv dítěte, které vyplývají z charty práv dětí v nemocnici na území České republiky.

Jak uvádí Vyoral Krakovská, tak výzkumné šetření ukázalo, že 66% respondentů slyšelo o Chartě práv dítěte v nemocnici. Dále bylo zjištěno, že respondenti znají právo na hospitalizaci dítěte s rodičem, což považují za velmi důležité. (Vyoral Krakovská, 2013)

3.3 Rodina malého pacienta a hospitalizace

Péče zdravotníků na dětských pracovištích není jen práce se samotným pacientem, nýbrž s celou jeho rodinou. Dítě se učí komunikovat s cizími lidmi a nějakým způsobem se začleňovat. (Beránková, 2011) Při léčbě nemocného dítěte má klíčovou roli rodina. Nemoc dítěte dopadá na celou rodinu v podobě nepředstavitelné a ve většině případů nečekané zátěže, a to ne jen psychické, ale i fyzické. V zájmu dítěte a průběhu jeho léčby je důležité, aby zdravotničtí pracovníci účelně spolupracovali s rodinou malého pacienta. Během hospitalizace se sestra stává vedle rodičů druhou nejbližší kontaktní osobou. Pro hospitalizované děti nejsou sestřičky pouze zdravotníky, ale někdy jim musí nahradit i kamarády nebo rodiče. (Plevová a Slowik, 2010) Chceme-li získat, co nejlepší spolupráci rodiny a zdravotníků, je nutné, aby zdravotníci pochopili nenahraditelnost rodiče v ošetrovatelském procesu. Každý zdravotník, jakožto profesionál, by měl vědět, že je dobré rodičům nemocného dítěte nabízet emoční podporu a pomoc dle individuálních potřeb. Lepší spolupráci s rodiči lze získat vstřícností a vědomím, že chápeme jejich složitou životní situaci. (Sedlářová et al., 2008)

Zdravotničtí pracovníci a rodina nemocného v naprosté většině případů sledují při onemocnění dítěte stejný cíl, a tím je, aby se malý pacient co nejrychleji uzdravil. Představy o dosažitelnosti tohoto cíle ovšem bývají rozdílné. Maminky svým mateřským zrakem vidí to, co je pro dítě nejlepší, zdravotní sestra, jakožto profesionál, zase nahlíží na onemocnění dětského pacienta odborným pohledem. Ve své profesi se snaží co nejefektivněji uplatnit své vědomosti a zkušenosti, aby dosáhla žádoucího úspěchu a společného cíle. Vzhledem k těmto dvěma rozdílným pohledům na společný cíl nebývá výjimkou, že ve vztahu matka a sestra vznikají nepříjemné a často zbytečné neshody. Sestra se musí zachovat správně a pochopit situaci matky, akceptovat její nelehkou životní situaci, která má nemocné dítě a nechce, aby zbytečně trpělo nebo se jeho pobyt v nemocnici neadekvátně prodlužoval. (Křištofová, 2004) Pokud dojde ke konfliktu mezi sestrou nebo jiným zdravotníkem a rodičem dítěte je vhodné vzniklou situaci řešit bez přítomnosti dítěte. Dominantní vliv na dítě mají právě rodiče, i proto je dobré dbát na udržení pevné vazby mezi matkou a dítětem. (Sikorová, 2011) Ať již jsou rodiče malého pacienta hospitalizovaní jako doprovod dítěte nebo ne, tak je nesmírně vysiluje intermitentní střídání mezi nadějí na zlepšení a beznadějí. V podvědomí se na nemocné dítě zlobí za vzniklé

problémy související s onemocněním a hospitalizací, ale uvědomí-li si danou skutečnost, začnou se sebeobviňováním. (Novák et al., 2008)

Po roce 1990 se stává rodina a rodiče hlavně, součástí léčebného i ošetrovatelského procesu. Hospitalizace dítěte již není spojována s přerušáním styku rodiny s dítětem, ale naopak, rodiče mohou být v nemocnici spolu s malým pacientem. (Cabajová, Bártlová, 2009) Podle studií pociťují rodiny pacientů jako hlavní problém v souvislosti s hospitalizací v prostředí intenzivní jednotky, nedostatek poskytnutých informací, změny v každodenním způsobu života, změny rolí mezi rodinnými příslušníky a změny společenských rolí. (Šerfelová, 2011) Hospitalizace člena rodiny působí zátěž, která může být považována za zkoušku rodinné soudružnosti, buď ji posílí, nebo vede k jejímu rozpadu. Péče o nemocného je poskytována emocionálně, rozumově, citovým vztahem i vědomím povinnosti. U členů rodiny se při zjištění informací o zdravotním stavu nemocného může objevit popírání, které neznamená jen emoční obranu jednotlivých členů rodiny, ale vyjadřuje i potřebu chránit nemocného. Toto zjištění u blízkých vyvolá negativní emoce, navozuje deprese, pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny. (Bártlová, 2005)

Byly definovány čtyři základní prvky, které bezpochyby přispívají ke snadnější adaptaci rodinných příslušníků v prostředí intenzivní péče. Jsou to:

- Strach o blízkého člověka, neznámé prostředí a kontakt se zdravotníky vedoucí k deficitu v potřebě jistoty a bezpečí.
- Informovanost rodiny nemocného o návštěvním řádu a návštěvních hodinách, jako prevence vzniku různých nedorozumění.
- Informace o zdravotním stavu podávané blízkému příbuznému pacienta. Je nutno respektovat pacientův nesouhlas s podáváním informací v informovaném souhlasu.
- Informace o léčebném režimu poskytnuté při první návštěvě rodiny na jednotce intenzivní péče. (Šamánková, 2011)

Projevy správného chápání a posuzování potřeb nemocných ze strany zdravotníků:

- *„pravidelným hodnocením problémů a priorit,*
- *posuzováním měnících se potřeb,*
- *edukací pacienta a jeho rodiny je – li to třeba,*
- *snažit se o to, aby pacient a jeho rodina pochopila podstatu nemoci,*
- *napomoci pacientovi a jeho rodině v orientaci v nastalé situaci,*
- *napomoci pacientovi a jeho rodině v hledání nových cílů a přijetí faktu nemoci.“*
(Šamánková, 2011, str. 68)

Rodina a její význam pro pacienta

U rodin nemocných byl prokázán výskyt pocitu tísně, stresu a beznaděje, podobně jako u pacienta samotného. Někdy je dokonce větší hladina úzkosti u rodinných příslušníků než u pacienta samotného, protože pacienti si často svůj zdravotní stav neuvědomují. (Kotkamp, 2005) Rodina je považována za sociální skupinu zahrnující složky spojené s péčí o zdraví, jeho podporu i záchranu. Dříve o nemocné bez schopnosti sebepečce, pečovali v domácím prostředí členové rodiny. Během vývoje zdravotní péče i zdravotnictví samotného se rodina jako centrum péče dostala do pozadí. Zodpovědnost za zdraví a péči o něj se přenesla na zdravotnická zařízení. Rodinný příslušníci jsou ale i nadále ochotni pečovat o své blízké v nemoci, jen mění se podmínky upravují charakter a možnosti rodin v poskytování péče. (Zacharová, 2007) I přes změny způsobené historickým vývojem zdravotní péče je funkce rodiny stále nenahraditelné. Rodina pacienta zdravotníkům poskytuje potřebné informace, přímo se podílí na péči o pacienta psychickou a fyzickou podporou, přípravou domácího prostředí nebo zajištěním jiné potřebné péče. Rodina nemocného přispívá k uzdravení či zlepšení kvality života. (Kapounová, 2007)

Mezi dítětem a rodiči existuje velmi silné citové pouto, proto je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci dbali na možnost udržení alespoň jednoho rodiče během hospitalizace společně s dítětem. Na zdravotnících závisí, jak se rodiče budou cítit, a jak hospitalizaci dítěte zvládnou. Pouze odborníci mohou rodičům poskytnout dostatek informací a být jim v této náročné životní situaci oporou. Každá rodina je jiná a tak je nezbytné přistupovat ke každému individuálně. (Novák et al, 2008) Chování rodiny nemocného je reakcí na danou situaci a projevem potřeby něco účelného udělat, přestože efektivita úsilí může být zanedbatelná. Blízká osoba často v nemoci funguje jako psycholog, snaží se pacienta utěšit a naleznout optimismus. (Bártlová, 2005) Někteří rodinní příslušníci mají tendenci najít žádoucí řešení za každou cenu. Dochází k narušení rovnováhy rodinného života, a čím nemoc déle trvá, tím se rodina obtížněji adaptuje na danou situaci. (Zacharová, 2007)

Rodiče mají vůči svému dítěti určité povinnosti, ale i práva. Tento vztah tvoří tři základní okruhy. Prvním je právo a povinnost rodičů vychovávat svoje děti, starat se o ně, být s nimi a ochraňovat je. Druhým okruhem je právo a povinnost rodiče zastupovat své dítě, pokud toho není schopno samo. Velmi diskutovaným tématem tohoto bodu je respektování přání a názoru dítěte. Třetím okruhem je spravování majetku dítěte. (Hrodek, Vavřinec, 2002) Pokud se vrátíme ke druhému okruhu, tak v případě hospitalizace dítěte je právě rodič ten, kdo rozhoduje o tom, co bude a co ne, neplatí v tomto vztahu pravidla autonomie. Přidává se hyperkritičnost současné populace, vysoké nároky na poskytovanou zdravotní péči a nelítostná náročnost kladená na zdravotníky. V případě sebemenších problémů ihned nastupuje hledání

viníka. V přístupu rodičů k nemoci dítěte se setkáváme s vysoce racionálními, ale i iracionálními postoji. Mezi racionální přístupy řadíme perfekcionista postoj rodiny, kontrolu režimu, příkazů, zákazů a dohledávání si různých informací na internetu. Iracionální přístupy zahrnují hledání všemožných alternativních léčebných metod a „berliček“. (Slaný, Slaná, 2014)

3.3.1 Hospitalizace doprovodu dítěte

Pobyt rodiče v nemocnici s hospitalizovaným dítětem, přináší novou životní zkušenost a pro většinu rodičů i velkou psychickou zátěž. V nemocnici bývá na přijatý doprovod kladen příliš velký nátlak, jak ze strany personálu, tak dítěte i rodiny. Je nutné si uvědomit vážnost dané situace, kdy rodiče doprovází své nemocné dítě v těžkých chvílích, jsou s nimi v neznámém prostředí bez podpory své nejbližší rodiny. Neovládají ošetrovatelské postupy a ke strachu o dítě se přidávají i obavy, aby svou neznalostí dítěti ještě neublížili. Rodič přijatý jako doprovod přichází během hospitalizace o soukromí a ztrácí veškerý svůj čas nezbytný pro odpočinek a regeneraci. Podporou a opakovanou pomocí může zdravotnický personál napomoci rodičům zvládnout tuto náročnou životní situaci. Každá hospitalizace, i krátkodobá může mít negativní dopad na celou rodinu. Pokud rodiče nemohou dítě během hospitalizace doprovázet a trvale mu poskytovat veškerou svou mateřskou lásku, pociťují vinu a selhání. I sebelepší a profesionální zdravotnický personál nemůže nikdy nahradit rodičovskou péčí. Rodiče jsou pro své nemocné děti nezastupitelnou oporou. K tomu, aby svým dětem mohli správně a dobře pomoci překonat různá úskalí, se kterými se setkávají během hospitalizace, potřebují od zdravotnického personálu dostatek informací. Nedostatek informací může v rodičích vyvolat negativní postoj k léčbě samotné i nedůvěru k ošetrovatelskému týmu. (Sedlářová et al., 2008) Pro pocit bezpečí a jistoty je důležitý fyzický kontakt matky a dítěte, později to jsou symbolické zdroje bezpečí a jistoty, jako je pochvala, uznání a ocenění. Rodiče by se během hospitalizace dítěte měli aktivně zapojovat do péče o svého potomka s ohledem na předem stanovené pravidla zdravotnickým personálem. (Sikorová, 2011)

Pro sestry může přítomnost matky během hospitalizace dítěte znamenat jakýsi druh laické kontroly profesionálního chování a to ne jen chování k dítěti, ale i k ostatním kolegyním. Proto, abychom předešli konfliktu s rodiči je třeba hned v počátečním kroku při přijetí dítěte k hospitalizaci rodiče dostatečně informovat a včas nastavit určité hranice. (Plevová a Slowik, 2010) Neboť je ošetrovatelský proces charakterizován jako dynamický děj, tak je vhodné do vzájemné interakce sestry a pacienta zahrnout i rodinné příslušníky, kteří mají též právo podílet se na tomto procesu. (Schultz a Videbeck, 2009)

Přínos přítomnosti matky u lůžka:

- klidnější a méně úzkostlivé dítě
- lepší porozumění dítěti
- menší psychické zatížení dítěte
- uspokojení potřeby matky, být s dítětem
- jednodušší vyšetřování dítěte v přítomnosti matky
- edukace a zaškolení matky v péči o dítě (Kristová, 2005)

Pozornost musíme věnovat i tomu, co může matku v nemocnici ovlivňovat. Jsou to různé aspekty, na prvním místě to je osobnost matky (její věk, stupeň citlivosti, frustrační tolerance a uvědomění), dále jde o rodinné a sociální poměry (matka samoživitelka nebo více nezaopatřených dětí v domácnosti), předchozí zkušenosti s hospitalizací (vlastní zkušenosti, negativně působící informace z okolí), charakter onemocnění dítěte (závažnost nemoci, délka a obtížnost terapie) a v neposlední řadě je to vztah matky k dítěti a jeho nemoci (míra pocitů viny, dítě jedináček, matka vyššího věku). Reakce matky na konkrétní náročnou životní situaci, kterou hospitalizace dítěte bezesporu je, mohou být různé. Nejčastěji to však je akutní reakce na stres. Mohou se objevovat psychosomatické stavy a obtíže, které tyto náročné životní situace provázejí. Uvedenými obtížemi jsou únava, poruchy spánku, poruchy zažívání, poruchy vyprazdňování, bolesti hlavy a další. (Kopecká, 2001)

V českém zdravotnictví nyní existují dvě možnosti společné hospitalizace dítěte s doprovázející osobou. Je to tzv. indikovaný pobyt, kdy zdravotní pojišťovny plně hradí pobyt rodičů. Uvedené se týká rodičů, jejichž dítě je mladší šesti let, průvodců dětí se zdravotně tělesným postižením, mentálně retardovaných, dětí s mnohočetným poraněním, onkologicky nemocných dětí v akutní fázi léčby a dětí ohrožených na životě. V těchto vyjmenovaných případech zdravotní pojišťovna hradí za tohoto rodiče pobyt i stravu. Druhý případ je pobyt rodiče samoplátce, kdy si náklady spojené s pobytem v nemocnici hradí rodiče sami. (Cabajová, 2009) Stává se, že hospitalizace matky z nejrůznějších důvodů, jakými nejčastěji bývá nemoc matky nebo vícedětná rodina, není možná. V takovém případě je žádoucí v co největší možné míře umožnit volnost návštěv za malým pacientem. Velkou část negativních psychických následků hospitalizace je možné zmírnit správným přístupem k dítěti a jeho rodičům či blízkým. Ani psychická příprava dítěte na hospitalizaci by se neměla podcenit, neboť snižuje napětí i nervozitu dítěte samotného a rodiče neprožívají tolik emocionálních výkyvů. (Šašinka, Šagát et al., 1998).

Spokojenost hospitalizovaného doprovodu

Klimentová (2006) uvádí následující výsledky ankety mezi rodiči hospitalizovaných dětí, které se účastnily maminky ve věku 25-30 let se zkušenostmi z různých nemocnic České republiky.

Zkušenosti rodičů hospitalizovaných dětí

- Pozitivně rodiče vnímají:
 - Možná hospitalizace doprovodu dítěte, uspokojující návštěvní řád
 - Zabavení dětí, učitelky, dobrovolníci, klauni a jiné
 - Kvalitní a dostatečné vybavení na pracovištích
 - Ochotu a porozumění ze strany personálu
- Negativně rodiče vnímají:
 - Odloučení od dítěte a nemožnost být s ním v kontaktu (třeba infekční oddělení), spát na ubytovně nemocnice,
 - Nedostatek informací ze strany lékařů
 - Neochotu a nulové porozumění ze strany personálu (sestry i lékaři)
 - Pocit, že v jejich přítomnosti se již o dítě nikdo další nestará
 - Nedostačující a nekvalitní vybavení na pracovištích
 - Děti různého věku a pohlaví na stejném pokoji
 - Nedostatek personálu, zdravotnického, ale i výchovného
 - Neosobní a neprofesionální přístup
 - Nerovnost rodiče se zdravotníky v péči o dítě
 - Neuspokojivé prostředí, kde je dítě hospitalizované, hluk (Klimentová, 2006)

K tomu, aby se dala zvyšovat spokojenost, je třeba zavést pravidelné průzkumy spokojenosti doprovázejících osob, vyhodnocovat je a vést jejich statistiku. Neboť pouze pravidelné „sondy“ mohou poskládat mozaiku, která nám ukáže realitu. Nabízí se dvojí řešení, a to zjišťování spokojenosti pomocí dotazníku během pobytu v nemocnici, nebo zjišťování spokojenosti až po propuštění do domácího prostředí. Pouze druhá varianta zachová stoprocentní anonymitu respondentů. Lze předpokládat, že i pohled doprovázejících osob nemocného s odstupem času a z klidného domácího prostředí bude objektivnější. (Cabajová, 2009)

Očekávání rodičů hospitalizovaných dětí

- *„Dostatek personálu, který by se věnoval dětem v jejich volném čase*
- *Možnost být s dítětem neomezenou dobu, informovanost*
- *Individuální přístup k dětem*
- *Zmírnit strohost prostředí, přizpůsobit režim dne potřebám dítěte, úsměv na tváři personálu, dostatek hraček*
- *Jednat s rodiči i s dítětem jako s rovnocennými partnery (vysvětlit i dítětem, co se s nimi bude dít)*
- *Hračky a zabavení dětí i v ambulantním provozu (čekání na vyšetření, pohlídání a zabavení zdravého sourozence v době vyšetření)*
- *Zkrácení čekací doby v ambulancích“ (Klimentová, 2006, str. 287)*

3.3.2 Komunikace s dítětem a jeho rodinou

Komunikace patří mezi každodenní aktivity. Setkáváme se s ní všude a mnoho na ní záleží. Lidský život je provázen komunikací, která je složitá a ovlivnitelná různými faktory. (Littlejohn, Foss, 2008) Komunikace pacienta se zdravotnickým pracovníkem je základním nástrojem přispívajícím k psychické pohodě nemocného. Ve zdravotnictví je důležitá správná komunikace a hlavně dostatečná, což bývá považováno za samozřejmost. Zdravotníci musí být v souvislosti se sdělováním informací trpěliví, vstřícní a tolerantní. (Podstatová et al., 2007) Pro zdravotníky přicházející do kontaktu s dětskými pacienty je komunikace náročnější v tom, že většinou současně komunikují také s jejich rodiči. Proto musí velmi dobře znát a ovládat zásady a způsoby profesionální komunikace. (Martinková, 2008) Základním cílem komunikace je mezilidské spojení, což znamená, že probíhá přenos děje od jednoho člověka k jinému. V ošetrovatelské péči a ve zdravotnictví všeobecně se komunikací rozumí organizovaný schematizovaný systém chování řídící vzájemný vztah mezi zdravotníkem a pacientem. V ošetrovatelském procesu hraje komunikace výraznou složku celého systému a to ne jen verbální, ale i neverbální. (Plevová a Slowik, 2010) Dobrou komunikací a odpovídajícím přístupem se dají dost dobře odstranit deficity v potřebách pacienta. Je základním prostředkem pro správnou edukaci nemocného i jeho zákonného zástupce. (Křištofová, 2004) Zdravotničtí pracovníci, profesionálové kompetentní podávat informace nemocným a jejich blízkým, by si měli vždy udělat čas na to, aby pacienta, popřípadě i jeho rodinu mohli dostatečně informovat o nutných skutečnostech. (Boledovičová et al, 2000)

Během komunikace či rozhovoru musíme mít na mysli, že rodiče jsou v pozici jim neznámé a neví, co mají dělat, proto je nutné se opakovaně ptát, zda porozuměli dané informaci a dle potřeby vše znova vysvětlit. Dnes je běžnou praxí, že rodiče si informace od zdravotníků dohledávají skrze jiné informační prostředky, jakými jsou internet, zahraniční literatura nebo konzultace s jinými odborníky. I proto je nutné, aby informace získané od personálu pečujícího o jejich dítě byli vždy pravdivé a správně pojmenované. Přínosným se ukázalo podávání informací také v písemné podobě formou informační brožury. Nejčastější chybou v komunikaci s rodinou nemocného je rozdílné a neúplné podávání informací, každý člen zdravotnického týmu by měl vědět, jaké informace se týkají jeho kompetencí a jaké ne. (Sedlářová et al., 2008) Ve výzkumu před pěti lety bylo prokázáno, že mezi nejčastější etické problémy při hospitalizaci dítěte na standardním lůžkovém oddělení patří nedostatečná informovanost o nemoci a zdraví dítěte, deficit v oblasti edukace, nedostatek komunikace se sestrou a nedostatečné péče. (Beránková, 2011)

Důležitá zásada, která často není dodržována, se týká informovanosti rodičů o zdravotním stavu dítěte. Pokládá se za nezbytné, aby byli oba rodiče informováni

společně, čímž se předejde nadměrnému zatížení pouze jednoho z rodičů. Při řešení této krizové situace, jakou je hospitalizace dítěte má hrát roli celá rodina. Rodiče bývají plni nejrůznějších pocitů, a tak není výjimkou, že mnoho informací sdělených odborníkem, jim unikne nebo je úplně vypustí. Potom snadno dochází k nepřiměřeným reakcím na realitu. (Plevová a Slowik, 2010) V komunikaci musíme rodičům nechat dostatečný prostor k vyjádření svých pocitů i k všemožným dotazům. Nikdy se neskáče do řeči, ani se situace nezlehčuje. Profesionál musí projevit vůli naslouchat a v případě potřeby si na pomoc přivolat jiného kolegu. Pokud jsou rodiče v takovém afektu, že se komunikace nedá v klidu zvládnout, je vhodné rozhovor přesunout na další den nebo pozdější dobu. V případě psychicky vypjaté situace a souhlasu rodiče nemocného se nabízí možnost přivolat psychologa. (Novák et al., 2008) Na základě výzkumů uvádí Mareš (1992), že pacient si po odborné edukaci pamatuje pouze 60% poskytnutých informací týkajících se onemocnění. Myšlenkový blok je u neočekávaných sdělení pochopitelný, ale může být způsoben i prostým překvapením nebo odklopenou pozorností edukovaného k jiné věci, kdy přemýšlí nad jejím řešením. (Plevová a Slowik, 2010)

4 Stres a psychická zátěž

Anglický výraz stres pochází z latinského „stringo, stringere nebo strinxi“ znamenající utahovat či stahovat. Stres bývá označením pro stavy a situace spojené s negativním a nežádoucím nadměrným tlakem, obtížemi či tísní. Pojem stres se uplatňuje při vyjadřování určitých vnějších sil působících na systém, kde vyvolávají různé změny, ale i odezvy. Psychologie se dívá na stres v kontextu systému vztahů mezi podněty a možnostmi organismu tyto podněty zvládat. (Paulík, 2009) Stres je definován jako dlouhodobá zátěž ať již fyzická nebo psychická. Jde o funkční stav, ve kterém se nachází organismus při mobilizování obranných či nápravných dějů. Vlivem stresorů se rozvíjejí odpovědi organismu, které mají charakter nespecifické adaptační reakce. Slovo stres dostal do odborného podvědomí muž maďarské národnosti, Hans Selye, narozený v Košicích. Vystudoval na lékařské fakultě v Praze, kde i promoval. Po té pobíval v Kanadě, kde bádá a publikoval. (Hroudová, 2011).

„Stres je subjektivní prožitek. Proto neexistuje pro stres a přetíženost žádné měřítko, které bychom mohli považovat za závazné nebo objektivně ověřitelné. Naše osobnost, naše duševní a fyzická konstituce se mocně podílejí na tom, jak zvládneme nejrůznější stresové faktory.“ (Kallwass, 2007, str. 107)

Definice stresu jsou různé, nalézáme v nich společné základní znaky, jakými jsou:

- Hodnocení stresu na fyzické i psychické úrovni
- Výskyt stresu v souvislosti se zátěžovou reakcí
- Stres je charakteristický subjektivním prožíváním

- Výskyt stresu společně s nepříjemnými emocemi
- Stres je součástí lidské existence
- Možnost pozitivního efektu stresu (Ptáček, Čeledová et al., 2011)

Ve 30. letech minulého století byl stres rozdělen na pozitivní a negativní, protože autor tohoto výrazu, Hans Selye, si uvědomoval, že zlobně nepůsobí jen záporné události. Pozitivní stres pojmenoval jako eustres. Důsledkem eustresu je ponaučení, zkušenost a vyšší výkon. Negativní vnímané, trvalé napětí označil jako distres. Každý člověk vnímá stresové podněty jinak. To, co někoho úplně položí, jinému dodá potřebnou energii k další práci. Vědci pátrali po možných odlišnostech struktury osobnosti a rozdělili jedince na dvě velké skupiny. První skupinu tvoří osobnost typu A, která je ctižádostivá, netrpělivá, silně orientovaná na výkon a perfekcionalistická. Ochotně přebírá odpovědnost za svojí část práce. Prožívají neklid a vnitřní napětí. Osobnost typu B jedná ve stresových situacích pozvolněji. Dokáže získat nadhled nad situací a věci bere jen tak vážně, jak je zapotřebí. (Kraska-Lüdecke, 2007)

Stres může být považován za silnou frustraci, což je stav zklamání, kdy se jedinci nedaří dosáhnout stanoveného cíle. Obecně vzato jde o dlouhodobé neuspokojování potřeb. (Venglářová, 2011) Skutečný i pomyslný stres narušuje psychickou rovnováhu, což se projeví změnami v chování a prožívání. Stres v nižší míře může navyšovat odolnost organismu vůči zátěži. (Švingalová, 2006) H. Selye poprvé použil stres jako pojem v roce 1950 při charakteristice fyziologických projevů, kterými lidský organismus reaguje na nadměrné zatížení. H. Selye charakterizoval stres jako souhrn všech adaptačních reakcí člověka spouštěné neurčitou škodlivinou. (Vágnerová, 2004) Jeden z nejvýznamnějších psychologů v historii, Richard Stanley Lazarus, uvádí ve své knize z roku 1999 v kapitole o teorii stresu, že stres ohrožuje pohodu lidského organismu a zahrnuje nepříjemné emoce. (Lazarus, 1999)

Pojmem zátěž se rozumí všeobecně každé vystavení lidského organismu libovolným nárokům vyžadujícím vynaložení určité energie. Základním rysem zátěže je její spojení s větším či menším tlakem zatěžujících vlivů na organismus jedince. Podněty spojené s těmito tlaky souvisí s objektivní a subjektivní dimenzí. Objektivní vystupuje do popředí v případech, kdy reálné podněty obtěžují a omezují člověka svojí povahou, blokují uspokojování jeho potřeb a mohou ohrožovat zdraví či život jedince. Subjektivní vlivy souvisí s omezením nebo ztrátou kontroly člověka nad výměnou energie, která probíhá uvnitř organismu, zasahuje do jeho vnitřního uspořádání a fungování. Někdy mohou působit na člověka zvenčí v rámci jeho interakce s prostředím. Subjektivní dimenze je dána mentální reprezentací působících podnětů, jejich prožíváním nebo hodnocením. (Paulík, 2009) Psychickou zátěž lze také chápat, jako vyjádření stupně odolnosti, i jako schopnost nenechat se zdeptat. Je dobré považovat zátěž za relativně obvyklou událost, se kterou se v životě téměř každý

potká, než jako neřešitelnou tragédii. Resilience je pojem vyjadřující skutečnost, že určitý jedinec (či rodina nebo skupina) má dostatek fyzické i psychické síly a sociálních dovedností, aby se mohl úspěšně vyrovnat s nejrůznějšími problémy a zároveň udržet pocit přiměřené životní pohody. (Brožová, 2014)

Zátěž vyhodnocuje nejsložitější orgán lidského těla a tím je mozek. Řídí chování, které má za cíl zátěž překonat a zároveň vyvolává v těle fyziologické reakce umožňující krátkodobě aktivovat rezervy pro boj nebo útěk. Stresová odpověď, jakožto reakce na zátěž, aktivuje sympatoadrenální osu v podobě nervové a hormonálního řízení. Aktivuje se činnost sympatiku (okamžité reakce organismu), jedné ze složek vegetativního nervstva, které nejsme schopni ovládat svojí vůlí. Látkou, která přenáší nervové impulzy sympatiku na výkonné orgány, neboli neuromediátorem je noradrenalin. Parasympatikus (činnost organismu v klidu a bezpečí), druhá složka vegetativního nervstva, řídí životně důležité funkce. Sympatikus a parasympatikus pracují protichůdně, často se ale navzájem doplňují. Práce sympatiku a parasympatiku závisí na tom, zda je organismus v klidu, nebo vykonává nějakou činnost. Hormonální řízení zajišťuje aktivace osy hypothalamus, hypofýza a nadledviny. V hypothalamu se nacházejí všemožná řídicí centra, ale také kontroluje hladiny různých hormonů v krvi. V případě potřeby vysílá chemické signály do podvěsku mozkového, hypofýzy, který reaguje vyplavením hormonů ovlivňujících činnost jiných žláz s vnitřní sekrecí. Stresové reakce stimuluje činnost nadledvin. Dřeň nadledvin uvolní do krve adrenalin, který pozitivně ovlivňuje lidskou psychiku. Kůra nadledvin vytváří steroidní hormony, tzv. Glukokortikoidy, mezi které patří kortizol a kortizon, hrající důležitou roli v řízení metabolismu. Adrenalin a glukokortikoidy patří mezi stresové hormony. Zvýšená stimulace sympatiku společně se stresovými hormony ovlivňují činnost většiny orgánů v lidském těle. Při vzniku reakce typu útěk nebo útok je potřeba pro správnou funkci dodat živiny a energii do svalů a dalších orgánů, které mají podat zvýšený výkon. Stres aktivizuje i srdeční činnost a zvyšuje tím krevní tlak. Uvolňují se energetické zásoby organismu, v první řadě odbouráváním zásobního polysacharidu glykogenu, později se pak využívají tukové zásoby. Uvedená obranná reakce organismu je náročná na spotřebu energie a vyčerpává zásobní rezervy. Pro následnou regeneraci a doplnění nových energetických zásob potřebuje lidský organismus odpočinek. (Křivohlavý, 2010)

4.1 Vznik stresu, jeho dělení a důsledky dlouhodobého působení

Pokud má jedinec čelit stresu a některou z možných technik se s ním vyrovnat, tak ho musí včas subjektivně rozpoznat. V případě, kdy si člověk zátěžovou situaci nepřipouští nebo jí bagatelizuje, ačkoliv vědomě či nevědomě probíhá, tak ke známkám stresu ani nedorazí. (Čírtková, 2000) Ke vzniku stresu dochází, působí-li na jedince dlouhodobě nadměrně silný podnět, nebo pokud se ocitne v nesnesitelné

životní situaci. (Nakonečný, 1955) U lidí oslabených delší dobu probíhající nemocí nebo psychickou zátěží, je riziko vzniku stresu podstatně vyšší, než u osob psychicky i fyzicky zdravých. Ohroženými osobami z hlediska vzniku stresu mohou být lidé vyššího věku či fyzicky vyčerpaní jedinci. (Švingalová, 2006) V zátěžových situacích je působení stresu vynuceným stavem či psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů. Ve vztahu k psychogenním chorobám je třeba aktivní zpracování stresové situace. Tím se rozumí pojetí řešení problému tak, aby nedošlo k narušení duševní rovnováhy. Pokud jako řešení nepostačí diferencované vnímání, může jedinec ve stresové situaci zareagovat primitivnějším způsobem, což bývá emocionálně ovlivněno. Způsob chování jedince probíhá na biologické či tělesné úrovni. Vnímání, stejně tak jako zvládání stresu a výběr strategie zvládání stresu se liší, dle osobnostní charakteristiky každého člověka. (Bartošíková, 2006)

Základní dělení stresu

„Eustres – jde o příjemnou či radostnou zátěž, o pozitivně emočně působící stres (radostné vzrušení, očekávání příjemné události, nadšení). Ovšem i tento stres může v silnější míře působit škodlivě.

Distres – jde o negativně emočně působící stres.“ (Švingalová, 2006, str. 12)

Dělení stresu dle charakteru působících podnětů a složek osobnosti

- *„Biologický stres: činitelé mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné.*
- *Fyzický stres: požadavky se týkají primárně svalové činnosti, organismus funguje jako zdroj energie. Pracovní fyziologie odlišuje práci dynamickou (kritériem je energetický výdej, stah a uvolnění svalu se střídá v trvání méně než 3 sekund), práci statickou (kritériem je podíl maximální síly kontrakce svalu, ke střídání stahu a uvolnění svalu dochází v době delší 3 sekund) a práci vykonávanou v nevhodné poloze těla. Svalová činnost se odráží v psychickém prožívání (percepce zátěže).*
- *Psychický stres: proces primárně psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce jsou druhotné, vyvolávané psychickým procesem. V této oblasti lze odlišit tři druhy:*
 - *Senzorický stres: vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálního nervového systému.*
 - *Mentální stres: vyplývá z požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování.*
 - *Emoční stres: vyplývá ze situací a požadavků, vyvolávajících afektivní (citovou odezvu).“ (Hladký, Židková, 1999, s. 8)*

Charakteristické znaky stresových situací

Stresové situace vykazují určité charakteristické rysy:

- *Pocity neovlivnitelnosti situace.* Člověk vnímá situaci jako stresovou v případě, že je přesvědčen o nemožnosti ovlivnit, ani zabránit tomu, aby vznikla. Prožitek stresu se snižuje nabytím dojmu ovlivnitelnosti dané situace.
- *Pocity nepředvídatelnosti vzniku stresové situace.* Jsou i takové stresové situace, co se nedají předem předvídat (záplavy nebo jiné přírodní katastrofy), jedinec se tedy na takovou situaci nemůže připravit, což zvyšuje pocit stresového zatížení.
- *Pocity nezvládnutelnosti situace, která klade subjektivně nepřiměřené nároky.* Jde o situace, kdy se má čelit určitému stavu či požadavku a člověk nabývá přesvědčení, že danou situaci nezvládne.
- *Nepříjemné tlaky okolností vyžadujících příliš mnoho změn.* Pokud jsou kladeny příliš vysoké nároky na adaptaci jedince, může být vystaven pocitu dezorientace. Jedná se zejména o situace, kdy se něco mění. (Atkinsonová, 1995)

Důsledky dlouhodobého působení stresu

V dnešní nelehké a uspěchané době podstupujeme simulované stresové situace, které lidská psychika chápe, jako život ohrožující a právě proto spouští celou řadu život zachraňujících mechanismů. Pokud se tyto situace často opakují a přetrvávají, dochází z krátkodobého hlediska ke „ztuhnutí svalů“. Z dlouhodobého hlediska dochází ke zvýšené sekreci glukózy, což vede ke vzniku diabetes mellitus druhého typu a zvýšenému tlaku, což společně vede k dnešní nejrozšířenější civilizační nemoci, kterou je ischemická choroba srdeční, jejímž nejobávanějším projevem je infarkt myokardu. Stres snižuje odolnost žaludeční sliznice k vnějším vlivům vedoucím ke vzniku tzv. stresového vředu žaludku. Onemocnění zapříčiněné psychickou nepohodou se souhrnně označují jako psychosomatické nemoci, což vystihuje fakt, že stav duše a těla se vzájemně ovlivňují. (Hrnčíř, 2007) Vliv stresu na zdraví není přímý ani jednoznačně negativní. Celkový účinek stresu je výsledkem současného výskytu řady vlivů objektivní i subjektivní povahy. Zátěž určité intenzity, kterou je člověk schopný překonat, může posloužit k posílení odolnosti lidského organismu. Stres pociťovaný jako zdroj příjemných zážitků může být někdy dokonce vyhledáván za účelem posílení odolnosti. (Paulík, 2009)

4.1.1 Stresory a salutory

Stresory jsou faktory neboli činitelé podněcující vznik stresu. Mohou mít různý charakter a týkat se životního stylu, práce, pracovního prostředí, mezilidských vztahů, subjektivního prožívání, nedostatků, strachu, úzkosti, neschopnosti se rozhodnout, fyzikálních a přírodních podmínek, tělesného stavu a působení chemických, toxických nebo karcinogenních látek. (Hrnčíř, 2007)

Stresory podle W. Jankeho (1971)

- „Vnější stresory (hluk, senzorická deprivace, situace nebezpečí),
- překážky v uspokojení primárních potřeb (spánku, jídla, odpočinku),
- zátěže při výkonu (časová tíseň a nadměrné požadavky, ale i nízké požadavky spojené s monotónní prací),
- sociální stresory (sociální izolace, mezilidské konflikty a problémy),
- konflikty (nutkavé rozhodování, nejistota v pokusech o zvládnutí úkolů).“
(Nakonečný, 1998, str. 545)

Salutory jsou pozitivní životní činitele posilující jedince a pomáhající mu zvládnout stresové situace. V těžkých životních situacích jsou zdrojem nové síly. Mezi salutory můžeme zařadit pochvalu, motivaci, ale i smysluplnost vykonávané práce. Velmi důležitá je rovnováha mezi stresory a salátéry, pokud by byly tyto vlivy stále v rovnováze, nedocházelo by ke stresu. (Venglářová, 2011)

4.1.2 Reakce na stres

V náročných životních situacích se lidé mohou chovat neobvykle a pro své okolí nesrozumitelně. Z počátku se může často stát, že člověku problém ještě nedochází a chová se přirozeně. Později se objevuje netečnost nebo až přehnaná činnost, panika, strach a úzkost. V další fázi mívá člověk potřebu hledat individuální smysl událostí a potřebuje, aby mu někdo naslouchal. V tomto stavu se často objevují různé stupně vzteku, protože jedinec obviňuje ze vzniklé situace buď sebe, nebo okolí. (Faiereislová, 2009) Reakce na stres zahrnují adaptaci na vzniklou situaci, úzkost a depresi. Stres vedoucí k vyšším psychickým nebo fyzickým výkonům se nazývá eustres. Tento druh stresu se řadí mezi hlavní motivační prvky lidského jednání. Pokud působení stresu trvá příliš dlouhou dobu, mluvíme o distresu, který může vést k jistým rozhodnutím. Důsledkem distresu bývá úzkostná nebo depresivní reakce. Úzkostným chováním je únik a depresivní ústup. (Křivohlavý, 2010) Reakce na stres byla opakovaně popsána, jako fyziologická změna a změna v chování a prožívání objevující se bezprostředně po traumatizujícím podnětu nebo v následných dvou až třech dnech. Podstatou reakce na stres je aktivace obranných a ochranných stimulů, které maximálně mobilizují rezervy postiženého jedince. (Vodáčková, 2002)

Řešením stresových situací i hledáním mechanismů, jak danou situaci zvládnout, jedince obohacuje a rozvíjí jeho možnosti. Překonání zátěže mimo jiné posiluje sebedůvěru člověka. Stresové situace mohou být dokonce úmyslně vyhledávané pro dobrý pocit navozený vyplavováním hormonů štěstí čili endorfinů do mozku. (Vágnerová, 2004) Pokud je jedinec dlouhodobě a opakovaně vystavován stresovým situacím, tak může podlehnout stresu snáze, i přes to, že se jindy se zátěžovými situacemi vyrovnával dobře. Stresory zatěžující člověka nepřetržitě dlouhou dobu

vyvolávají chronický stres, kdy se člověk nestačí se zátěží ani vyrovnat a hned přichází nová stresová situace. Je prakticky nezbytné stále udržovat rovnováhu mezi vnitřním napětím, aktivací a vzrušením. (Stock, 2010)

Akutní reakce na stres

Jde o okamžitou odpověď organismu na mimořádně výjimečný fyzický nebo psychický stav. Projevuje se obvykle typickými příznaky, jakými jsou ustrnutí se zúženým vědomím a pozorností, neschopnost chápat podněty s dezorientací, na což může navazovat emoční otupění nebo naopak agitace a hyperaktivita projevující se převážně útekovou reakcí. Mezi vegetativní příznaky související s akutní reakcí na stres patří tachykardie, pocení, chvění nebo začervenání. (Raboch et al, 2012)

4.1.3 Zvládání stresu

Stres lze vyřešit zejména snahou o odstranění jeho příčiny. Léky a potravní doplňky mohou pomoci zvládnout pouze některé průvodní obtíže, jakými jsou depresivní nebo úzkostné stavy. Někdy mohou být užitečnými pomocníky při překonávání těžkých životních situací. Každodenní stres se lidé snaží zvládat různými způsoby, mezi které patří fyzické cvičení, různé relaxační techniky či meditace. (Hroudová, 2011) Pokud se nám podaří překonat a zvládnout akutní fázi stresu, tak může dojít k posílení odolnosti i sebevědomí člověka. Po efektivním zvládnutí stresu teprve může nastoupit zasloužený odpočinek a regenerace organismu. (Kebza, 2005) Problematika týkající se zvládání či čelení stresu je v psychologické literatuře označována termínem coping. Tento termín je odvozen z latinského názvu kolaphus znamenající ránu uštědřenou protivníkovi v boxu. Celý náročný proces zvládání těžkostí může být také označován jako moderování stresu či stress management neboli řízení dění vedoucího ke změně nepříjemné životní situace. (Křivohlavý, 2001)

Cíle zvládání stresu

Metody vedoucí ke zvládání stresu jsou zaměřeny na konkrétní cíle, mezi které patří následující: (Křivohlavý, 2001)

- „Snížit úroveň toho, co člověka ve stresu ohrožuje,
- *tolerovat – unést to nepříjemné, co se děje,*
- *zachovat si tvář a pozitivní obraz sama sebe (image),*
- *zachovat si emocionální klid (duševní rovnováhu),*
- *zlepšit podmínky, za nichž by bylo možno se po zážitku stresu zregenerovat,*
- *pokračovat v sociální interakci – v životě s druhými lidmi.“* (Křivohlavý, 2001, str. 87)

Efektivita zvládání stresu

Efektivitou je označena míra účinnosti zvládacích technik stresu. Nejlépe měřitelné jsou odpovědi fyziologických kritérií, jakými může být regulace krevního tlaku nebo pulzu. Z hlediska psychologického jde o schopnost snížit psychické napětí a navrácení se k běžným činnostem člověka. Někteří autoři uvádí jako kritérium efektivity i zralejší postoj k realitě. (Křivohlavý, 2001)

4.1.4 Strategie zvládání stresu

Jde o způsoby vedoucí ke zvládání stresu, které jsou specifitější než styly zvládání stresu.

„Cílem všech strategií zvládání stresu je zachování nebo znovuoobnovení psychické i fyzické rovnováhy jedince.“ (Švingalová, 2006, str. 26)

Strategie zaměřené na řešení problému

Jde o aktivaci vlastní snahy konstruktivně vyřešit danou zátěžovou situaci. Cílem je odstranění toho, co v nás vyvolává negativní pocity nebo likvidace situačních vlivů a podmínek zhoršující celkový stav jedince. S touto strategií se setkáváme již u malých dětí a pak u dospělých lidí. (Křivohlavý, 2001)

Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem

Jde o způsoby zaměřené na řízení emocionálního stavu lidského organismu ovlivněného působením stresových faktorů. Tento druh způsobu vyrovnávání se se zátěží se objevuje až u adolescentů a potom dospělých jedinců. (Křivohlavý, 2001)

Relaxace

Pod tímto termínem si lze představit záměrné uvolňování a to ne jen psychické, ale i fyzické. S různými druhy relaxace se setkáváme v celé historii lidstva. Jde o pravidelné cvičení, nikoliv jednorázovou záležitost. Toto cvičení probíhá pod odborným vedením a je zaměřené na uvolňování jednotlivých skupin svalů. (Křivohlavý, 2001)

Druhy relaxace:

- *Spontánní relaxace.* Tento typ relaxace probíhá nevědomě, lze tvrdit, že se spouští samovolně. Probíhá k ní ve spánku nebo při odpočinku. Pokud má dojít k relaxaci, musí odpočinek předcházet spánku, neboť bez dostatečného uvolnění nedojde k poklesu tenze. (Venglářová, 2011)
- *Diferencovaná relaxace.* Diferencovaná neboli částečná relaxace znamená uvolnění určitých částí těla, zatímco jiné části mohou být stále aktivní. Jedná se o záměrnou, vůlí ovlivnitelnou relaxaci. Může k ní docházet kdykoliv během dne, v osobním životě i v práci. Nejjednodušším druhem záměrné relaxace je procházka, která může vést k uvolnění rukou a obličeje. (Venglářová, 2011)

- *Bleskové relaxační techniky.* Relaxační postupy, během níž může dojít k uvolnění za pár minut. Tato technika může být použita, když nás přepadne únava a nemáme k dispozici dostatek času na dlouhodobý odpočinek. Metoda bleskové relaxační techniky spočívá v tom, že postupně dáváme impulzy k uvolnění jednotlivým částem těla. Řadíme sem relaxaci pomocí správného dýchání, relaxaci za pomoci vody a akupresurní cvičení. (Venglářová, 2011)
- *Relaxační koncentrační metody.* Jde o řízení pohybu a aktivit vycházející z našeho mozku, který je v dnešní moderní a uspěchané době stále více přetěžován nadměrnému dávkou stresu. (Venglářová, 2011)
 - *meditace* - Tato technika bývá řazena do skupiny relaxačních cvičení. Jde o nepřetržité opakování určitého cvičení, po určitou dobu, například opakování různých slov či písmen. Jedinec se musí soustředit na pomalé vykonávání dané činnosti a tím nemůže myslet na to, co ho trápí, což vede k odpoutání se od dané stresové situace. Specifickým druhem je meditace směřovaná na obtěžující problémy, kdy se člověk soustředí přímo na to, co ho trápí. Neznamená to, že by se utápěl v myšlenkách, které jsou pro něj obtěžující, ale jde o získání určitého odstupu a nadhledu v dané tíživé situaci neboli o tzv. myšlení bez hodnocení. (Křivohlavý, 2001)
 - *imaginace* - Jde o záměrné zobrazování určitých scénárií. V pozadí této formy relaxace je zjištění, že jedinec v tíživé situaci není schopen soustředit se na více než jednu věc. Někteří autoři doporučují zobrazovat či myslet na události nebo věci pro daného jedince povzbuzující. Jiní naopak upřednostňují soustředění se na negativní události a jejich zvládnutí. (Křivohlavý, 2001)
 - *Schulzův autogenní trénink (AT)* - Autogenní trénink je relaxační metodou pracující s představivostí za účelem navození určitého tělesného stavu. Jedinec během AT působí sám na sebe. Tato technika může při pravidelném provádění přispět k odstranění napětí. Doporučuje se používat polohu vleže na zádech, kde ruce jsou na šíři dlaně podél těla v loktech mírně pokrčené a nohy by měly být od sebe se špičkami vytočenými ven. (Venglářová, 2011)
 - *Jacobsonova progresivní relaxace* - Při správném provádění může být tato relaxační metoda velmi účinným zdrojem autoregulace. Jacobsonova progresivní relaxace je odpovídající metodou k postupnému odstranění nebo zmírnění zvýšeného napětí lidského organismu. Vysoké napětí bývá vyvoláno aktivním stažením svalů, což je projevem duševní tísně. Celé cvičení probíhá dle instrukcí toho, kdo danou relaxaci vede a spočívá v opakování předem daných pohybů. (Míček, 1976)

Dle Venglářové (2011) lze využít mimo uvedené relaxační techniky ještě následující terapie:

- *Aromaterapie* pocházející z egyptské tradice znamená doslovně léčbu vůní. Využívá zaručeně neředěné přírodní vonné látky z rostlin, tzv. éterické oleje. Mají široké spektrum léčebných účinků, např. levandule má účinek zklidňující, tymián aktivuje a citrónový olej rozjasňuje náladu.
- *Aromaterapie* je jednou z psychoterapeutických metod využívající kresbu jako zdroj relaxace. Používá se v psychiatrii, kde je nápomocná při snaze porozumět snům a při překonávání strachu.
- *Muzikoterapie* se věnuje harmonizujícím a léčebným účinkům hudby. Nejde jen o poslech hudby, ale i o pohyb. Hudba je prospěšné především pokud se svým rytmem přibližuje rytmům těla (dýchání).
- *Relaxace prostřednictvím barev* se věnuje předpokladu, že každá barva vydává určitý druh energie. V moderní terapii barvami lze využít světelné lampy a barevné filtry. Velký význam má ale i malba stěn a barva oblečení.
- *Akupunktura* je jednou z pomocných léčebných metod pocházejících z Číny. Technika pracuje s akupresurními body na povrchu lidského těla. Principem je vpichování jehliček do určitých míst v kůži. Tato terapie vede ke zvládnutí stresu a celkovému uvolnění.
- *Tai – chi – i*, tato metoda pochází z Číny. Jde o léčbu pohybem, která je indikována ke zklidnění mysli, ovšem příznivě působí také na pohybový aparát. Tai-Chi je charakteristické měkkými, harmonickými a stejnoměrnými pohyby.
- Bilogická zpětná vazba – Biofeedback – Jedná se o relaxační metodu s možností zpětné vazby. Přináší informace o tom, co probíhá u sledovaného jedince po fyziologické stránce. Používá se zejména u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a měla by směřovat k lepšímu soustředění se.

Neefektivní strategie zvládnutí stresu

Mezi neefektivní strategie zvládnutí stresu lze zařadit několik schémat typického jednání. Dané chování může mít pro jedince negativní až fatální následky, patří sem:

Užívání návykových látek - Užívání návykových látek patří mimo jiné mezi rizikové chování. Návykové látky jedince stimulují, proto tabák i káva jsou zátěží pro organismus na úrovni kardiovaskulárního systému. Obdobným způsobem působí i alkohol. (Venglářová, 2011)

Úniky - Vyhýbání se nebo útěk před povinnostmi je krátkodobou strategií zvládnutí stresu nepřinášející rozumné řešení situace. Psychická zátěž ani jiné problémy se nedají vyřešit tím, že před nimi utečeme. (Venglářová, 2011)

Agrese - Agrese je metodou naopak zhoršující stresovou situaci. Agresí nebo obviňováním všech lidí kolem sebe nic nezlepšíme. Takovým jednáním svojí rodinu i blízké od sebe můžeme odehnat a zůstaneme na všechno sami. (Venglářová, 2011)

4.2 Pocity prožívané v zátěžové situaci

Úzkost a strach

Úzkost a strach jsou psychosomatickými ve většině případů nepříjemně prožívajícími pocity, se kterými se setkává každý z rodičů nemocných dětí. Tyto jevy patří do standardní výbavy každého člověka. Úzkost, strach a mnoho dalších pocitů, jakými mohou být bolest, lítost či smutek, jsou signalizátory určitého hrozícího nebezpečí. Bývají podnětem k aktivaci určitého jednání či použití určité strategie zvládací zátěž jedince. (Honzák, 1995) Strach je přirozenou emocí, se kterou se člověk již narodí. Rodí se ovšem jen s dvěma základními strachy, jakými jsou strach z pádu z výšky a strach z náhlých hlasitých zvuků, všechny ostatní strachy jakými jsou například strach ze selhání, z neúspěchu, ze stárí a mnoho dalších jsou strachy získané. (Kübler-ross, 2003) Úzkost je charakterizována jako nepříjemný prožitek tísně či tísnivého napětí bez určitého obsahu. Ve většině případů je vyvolána pocitem nejistoty nebo ohrožení, aniž bychom znali důvod vzniku těchto pocitů. (Matějček, Dytrych, 1994)

Hněv a zlost

Hněv a zlost jsou příznakem ukazujícím, že se děje něco, co neladí s úmyslem a přáním daného jedince. Projev emoce hněvu a zlosti je hlasatelem, že se děje něco jinak než očekáváme. Tyto emoce probouzí naši pozornost z mírného spánku a netečnosti, čímž nás vede k nějaké aktivitě. Propuknutí hněvu a zlosti nelze dost dobře vůlí ovládat, vznikají přirozeně a nezávisle na našem chtění. To, co můžeme ovlivnit je reakce na tuto emoci, tedy naše chování a jednání. Při vzniku nežádoucí události se jedinec může rozhodnout, jakým směrem se budou ubírat dané emoce a jaká bude jejich intenzita. Nabízí se možnost potlačení neproduktivní formy vyjádření emocí hněvu a zlosti nebo formy produktivního jednání. Strach je charakterizován jako tísnivý pocit bázně a obav vyvolaný představou či očekáváním něčeho nemilého a zlého doprovázený pocitem neklidu vyvolaným představou ohrožení. (Křivohlavý, 2004)

Deprese a stres

Rusinová ve své prospektivní multicentrické studii z roku 2014 došla k závěru, že rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na JIP pociťují úzkost a depresi, která se snižuje dobře vedenou komunikací ze stran zdravotnického personálu, poskytnutím informační brožury a dlouhodobý kontaktem se zdravotnickým personálem. (Pšenicová, 2015) Deprese neboli porucha psychiky projevující se

smutkem či špatnými náladami je důsledkem zkušeností s dlouhotrvajícími, nepříjemnými a neovlivnitelnými událostmi. (Herman, Doubek, 2008) Profesionálové na svém místě mohou zmírnit stres rodičů nemocných dětí poskytováním dostatečné informací o možných řešeních. Také podporou a nadějí, že lze dosáhnout přijatelného úspěchu a že rodiče toho budou schopni. Ukazuje se však, že rodiče nemají k profesionálům takovou důvěru jako např. k lidem, kteří jsou v podobné situaci. Na spokojenost rodičů má vliv způsob komunikace a přístup profesionálů k řešení jejich problémů. Mnozí rodiče jsou přesvědčeni, že nedostali všechny potřebné informace nebo že jim je příslušní pracovníci nedokážou sdělit dostatečně srozumitelně. (Vágnerová et al., 2009)

Symptomy stresu

Stres může provázet mnoho variabilních symptomů zejména z oblasti duševní a sociální. Jedním ze základních příznaků je změna v chování. Příznaky stresu i stres samotný se podílejí na vzniku mnoha psychických a psychosomatických onemocnění. Symptomatika stresu je individuální a také často proměnlivá. Nejvíce po změnách chování se setkáváme se symptomy, jakými jsou poruchy pozornosti, neschopnost chápání a dezorientace. Dále se objevuje emoční vyčerpání vedoucí ke vzniku odpovědi na stres a vegetativní příznaky (tachykardie, pocení, zčervenání). (Raboch, Pavlovský, 2003)

Dělení symptomů stresu:

- *Behaviorální příznaky* se projevují změnami v jednání a chování. Radíme mezi ně nerozhodnost, problémy se spánkem nebo pocity únavy. Dále mezi tyto symptomy patří neustálé stěžování si, nechutenství nebo naopak zvýšenou chuť k jídlu. Po pracovní stránce to je zejména snížená pozornost, ztráta motivace pracovat a postupně se zhoršující kvalitu vykonávané činnosti. (Venglářová, 2011)
- *Psychické příznaky.* Jedná se o příznaky projevující se prudkými změnami nálady. Dochází k převratům velké radosti a velkého smutku. Patří sem zvýšená podrážděnost a úzkostnost. Dále mezi tyto symptomy řadíme pocity únavy, změny emocionálních postojů k druhým lidem a sobě samému. (Venglářová, 2011)
- *Fyziologické příznaky* Jde o příznaky, do nichž patří bušení srdce, zvýšené svalové napětí, bolesti hlavy a břicha, pocity svírání za kostí hrudní. Mezi tyto symptomy se řadí také plynatost, průjem a nechutenství. Výraznějšími mohou být poruchy menstruačního cyklu, nezájem o sex či impotence. (Venglářová, 2011)

4.3 Hodnocení, měření a vnímání zátěže

Hodnocení zátěže

Důležité na zátěži je, jak jí jedinec hodnotí a následně prožívá. Primární hodnocení zátěže je ovlivňováno charakteristikami konkrétních situací a širšími kulturními faktory. Při sekundárním hodnocení jde o to, jaké jsou možnosti danou situaci zvládnout. Posuzuje se tedy, zda daná situace obsahuje hrozbu nebo výzvu. Hodnotí se také proces změny situace a její výsledky. Po primárním a sekundárním zhodnocení může následovat přehodnocení neboli reappraisal využívající k úpravám či změnám dosavadní zkušenosti. Hodnocení zátěže vyvolává aktivaci obou rozhodujících nervových regulačních systémů organismu a to sympatiku a hypothalamu. Sympatikus má připravit člověka na aktivní reakci, jakou je útěk nebo útok. Emočním doprovodem bývá strach, úzkost nebo hněv. Hypothalamus vede člověka k ústupu či rezignaci. Jako emoční reakci vyvolá smutek, depresi nebo apatii. (Paulík, 2009)

Měření zátěže

Metody měření zátěže lze rozdělit zhruba do tří skupin. První skupinou jsou systémy zabezpečující homeostatickou regulaci při stresu a zátěži. Mezi ně patří přímé měření zátěžové situace a přímé měření fyziologických reakcí na stresovou situaci, jakými mohou být změny kardiovaskulárního a endokrinního systému. Druhou skupinou je měření interferenční odpovědi neboli měření výkonu ve výkonové úloze, což spočívá v nepřímém měření účinků zátěže a stresu na psychické funkce a procesy. Třetí skupinu tvoří měření subjektivní odpovědi organismu na stresové situace. Jde o získávání odpovědí prostřednictvím dotazníků. Tímto způsobem realizovaný výzkum spojený s terénním metodickým postupem byl rozpracovaný již v 70. letech zejména českými a německými odborníky v oboru preventivní medicíny. (Hrnčíř, 2007)

Vnímání zátěže

Paulík (2009) uvádí rozbor různých vlivů působících na vnímání zátěže:

- „*Přímé působení vybraných proměnných z okruhu psychických jevů na odolnost vůči zátěži, kdy jedna (nezávisle) proměnná působí na druhou závisle proměnnou (odolnost) bez ohledu na původní velikost či úroveň závisle proměnné a ovlivňuje její vlastnosti,*
- *vyrovnávací účinek některých proměnných na jiné, který počítá s interakcí mezi úrovní závisle proměnné a nezávisle proměnné,*
- *zprostředkované působení jedné proměnné na druhou, kdy do jejich vztahu vstupuje jedna nebo více dalších proměnných a specificky tento vztah ovlivňuje.“ (Paulík, 2009, str. 7)*

4.3.1 Dělení zátěže

Psychickou zátěž rozdělujeme podle charakteru působících podnětů na environmentální (biologické, fyzikální či chemické vlivy z prostředí), kosterně svalovou (nároky primárně na svalovou činnost) a psychickou, kde nároky směřují především k psychické činnosti. Dle délky působení diferencujeme zátěž na krátkodobou a dlouhodobou. Podle emoční odezvy na příjemnou a nepříjemnou a podle intenzity podnětů na zátěž minimální, lehkou, střední a těžkou. Psychickou zátěž je dále možné členit podle oblasti, kde působí na senzorickou (různé smyslové podněty kladoucí nároky na periferní smyslové orgány), emocionální (podněty vyvolávající afektivní odezvu) a mentální, kdy zpracování informací zatěžuje především pozornost, paměť a představivost). (Paulík, 2009)

4.3.2 Reakce na zátěž a její zvládání

Posun ve vývoji psychologie, v oblasti krizové intervence, nám umožňuje lépe chápat, jak jedinec, jako celistvá bytost, reaguje na psychickou zátěž. Člověk neví, jak se v různých traumatizujících situacích chovat, a tak jedná instinktivně, rozhoduje se v afektu a udělá to, co zrovna považuje za nejvhodnější řešení. Až zpětně přemýšlí nad situací a bádá, co mohlo být jinak a proč se to vlastně stalo. Někdy také danou skutečnost může ovlivnit již zažitá podobná situace. (Furman, 2015) Člověk má v situaci ohrožení tendenci (často pouze podvědomou) reagovat jednou z možných reakcí na stres a to bojem nebo útekem. Toto chování se v lidské populaci vyskytuje již od dob, kdy na správnosti vyhodnocení situace a rychlé reakci mohl záviset samostatný život. Dnes již jde o hodnoty, jakými může být zachování si cti nebo společenského postavení. Z důvodu zachování dobrých mravů zůstávají některé reakce na zátěž potlačeny, což vede k nepřiměřenému napětí lidského organismu. Dlouhodobé působení zátěže na jedince může vést k trvalejším příznakům vyvolávajícím různá onemocnění ze stresu. (Venglářová, 2011)

Dušková (2000) uvádí potřeby jedince v náročné životní situaci:

- Pocit, že existuje někdo, koho zajímají reálně a lidsky mé potřeby.
- Potřeba pravidelného kontaktu s blízkou osobou.
- Potřeba dostupnosti, srozumitelnosti, věrohodnosti, ověřitelnosti informací o situaci dítěte a stavu uspokojení jeho specifických potřeb.
- Potřeba pochopení jednání a projevů, ujištění, že jsou přirozené a akceptovatelné.
- Potřeba vlídného personálu poskytujícího partnerský vztah.
- Potřeba rovnocennosti.
- Potřeba pocitu sounáležitosti.
- Potřeba vlastního soukromí a důstojnosti.
- Potřeba terapeutické podpory.

Zvládání zátěže

S těžkými životními situacemi se lidé setkávali, setkávají a setkávají budou. To je a bylo impulzem k tomu, aby se našli metody, jak takové situace zvládnout. V historii se touto problematikou zabývala řada významných osobností, mezi které patří zejména Ivan Petrovič Pavlov, americký fyziolog Walter Canon, autor několika světoznámých děl Hans Selye, Richard Lazarus a mnoho dalších. Pro definici stresové situace je důležitý poměr mezi mírou stresogenní situace a silou danou situaci zvládnout. Je prokázáno, že existuje úzký vztah mezi konáním a emocemi. Znamená to, že často jednáme podle současného stavu naší psychiky. (Křivohlavý, 2001) Schopnost jedince najít řešení dané zátěžové situace závisí na úrovni sebedůvěry, sebehodnocení a sebejistoty. Důvěra ve vlastní schopnosti dle více autorů ukazuje na dosažení určitého stupně vyrovnávání se se zátěžovou situací. (Otipková, 2006) Typickým únikovým řešením psychické zátěže je přetrvávající popírání situace nebo její bagatelizace, což může být přínosné jen v počátečním stadiu nepříjemné životní události. Popírání je užitečným krátkodobým mechanismem jen určitou dobu. Pokud by trval příliš dlouho, působil by negativně, protože by nevedl k nalezení účelného řešení. Únik ze stresující události sice může snížit úzkost, ale samotný problém nevyřeší ani nezmění. (Chvátalová, 2001)

Coping neboli zvládání zátěže je definováno snahou o úpravu myšlení a chování. Cílem copingu bývá možnost sebeovládání, tolerance, snížení vnějších a vnitřních požadavků nebo konfliktů mezi nimi. (Misarová, 2011) Zvládání zátěže a životních těžkostí je definováno jako dynamický proces, ve kterém dochází ke vzájemným interakcím mezi člověkem a stresovou situací. Je třeba vidět jednak osobu prožívající těžkou životní situaci, která má určité zdroje, možnosti a hodnoty, ale také prostředí, které na člověka klade různě náročné požadavky a ovlivňuje jeho chování řadou faktorů. (Křivohlavý, 2003). V souvislosti se zvládáním zátěže je nezbytné zmínit tzv. copingové strategie neboli strategie zvládání stresu. Ty jsou chápány jako obecné stabilní charakteristiky chování v zátěžových situacích. Celý tento proces zvládání zátěže se může odehrávat v rovině chování nebo vědomí, kde se projevuje obrannými reakcemi zaměřenými na udržení přijatelné emoční pohody. (Brožová, 2014) Coping je charakterizován jako behaviorální, kognitivní nebo sociální odpověď související s úsilím jedince eliminovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce člověka s přírodou. Coping vede k udržování psychosociální adaptace ve stresových situacích. Pro zvládání zátěže je důležitá schopnost jedince adekvátně hodnotit realitu i své schopnosti udržet kontrolu nad situací. (Paulík, 2009)

Hardiness

Pojem hardiness je charakterizován schopností vytrvale a usilovně bojovat s těžkostmi. Je pro něj typická tuhost, pevnost, zdatnost, nezdolnost a zocelenost. Tato

proměnná svým charakterem v určité míře patří k dispoziční výbavě každého jedince, omezuje aktivitu sympatiku při reakci na stresovou situaci. Hardiness tvoří tři složky, jakými jsou přesvědčení o vlastních možnostech ovládat a zvládat dění, výzva (nároky jsou přijímány jako výzva k aktivitě) a osobní zaujetí. Při optimálně rozvinutých hodnotách hardiness na sebe jedinec pohlíží jako na aktivního účastníka dění, který může zasáhnout do průběhu zátěžové situace a ovlivnit jej. Takový člověk je aktivní a iniciativní, ve většině případů připravený a odhodlaný zvládnout danou zátěž a dosáhnout uspokojení. Při nedostatečně rozvinutých hodnotách hardiness přepadá člověka pocit bezmoci a beznaděje. Takový člověk je nerozhodný, pesimistický, nespokojený, nedůvěřuje sám v sebe ani v ostatní. (Paulík, 2009)

Techniky umožňující lepší zvládání zátěže

Technika je pojem pocházející z řeckého slova „techné“ znamenající u nás dovednost. Jde tedy o způsob, jak se vyrovnat s určitým problémem či zátěžovou situací. Patří sem zvládání napjatého emocionálního stavu a znovunastolení duševního uvolnění. (Křivohlavý, 2001)

Náboženská víra jako pomoc při zvládání zátěže

Mnoho výzkumných prací bylo v posledních letech zaměřeno na roli křesťanské víry ve stresových situacích. V současnosti je náboženská víra chápána spíše jako samostatný faktor v souvislosti s vyrovnáváním se s těžkou životní situací. Jedním z nejvýznamnějších psychologů věnujícím se otázky náboženství je K. I. Pargament, jenž naznačil způsoby, jakými se vliv víry ubírá. Mezi tyto způsoby zahrnul kognitivní zvládání, jakým může být vidění světa v širších a hlubších souvislostech, očekávání pozitivního vyústění krizové situace, nalézání smysluplnosti v utrpení, spoléhání se na vyšší moc v souvislosti s těžkostmi a jiné. Tento významný psycholog a autor mnoha děl rozlišuje tři cesty, kterými se ubírá náboženská víra při zvládání určitých utrpení. (Křivohlavý, 2001)

- *„Odevzdání se s důvěrou do rukou vyšší moci,*
- *sebeřízení – využití svobody, která byla člověku dána, a odpovědného zacházení s danými možnostmi,*
- *spolupráce – kooperace člověka s Bohem při řešení problému.“* (Křivohlavý, 2001, str. 91)

4.3.3 Styly zvládání těžkostí

Styl zvládání těžkostí je považován za tendenci jednat ve stresující situaci určitým způsobem. Dle uplatněného stylu zvládání těžkostí se dá charakterizovat každý jedinec. (Křivohlavý, 2001)

Vyhýbat se stresu, nebo se mu stavět čelem

Dva z nejvíce používaných stylů tvoří tzv. vyhýbání se stresu a stavění se na odpor stresu. Styl vyhýbání se stresu je charakteristický minimalizací kontaktu se stresovou situací, používá se zejména tam, kde lze předpokládat, že stres nebude příliš velký a bude trvat kratší dobu. Stavění se na odpor stresu je aktivním postavením se proti tomu, co nás ohrožuje. Tento styl je vhodný zejména tam, kde se dá počítat s tím, že se stres bude opakovat nebo bude trvat příliš dlouho. (Křivohlavý, 2001)

Sebeznehodnocující styl

Tento styl je používán v situacích, kdy jedinec předpokládá, že před danou zátěží neobstojí. Člověk jednající tímto stylem předem prohlašuje, že danou situaci z různých důvodů nemůže zvládnout a tím se připravuje na případ prohry. (Křivohlavý, 2001)

4.3.4 Efektivní formy boje se životními těžkostmi

Modifikace chování

Jde o operantní podmiňování na řešení těžkých situací, pracující s tzv. kladným i záporným posilováním, jakým může být poskytnutí něčeho příjemného za žádoucí chování. V praxi to může vypadat, jako nevěnování se problému pacienta, avšak chválení ho za snahu o zvládnutí situace. Po mnoha úspěšných studií bylo zjištěno, že modifikace chování je velmi rychlá metoda zvládání zátěže, ovšem ne příliš trvanlivá. (Křivohlavý, 2001)

Kognitivní ovlivňování

Základem přístupu kognitivního působení na jedince v těžkých životních situacích je tvrzení o výrazném vlivu představ, myšlenek, osobních norem a domněnek na naše jednání. Úkolem kognitivního ovlivňování je zjistit, poznat a nahradit nevhodné či falešné představy o možnosti zvládání zátěže. Systematicky se v jedincích posiluje přesvědčení, že jsou schopni danou situaci zvládnout. V jedincích se v rámci kognitivního ovlivňování posiluje sebejistota a vnímané osobní zdatnosti. Potvrzeny byly i domněnky o tom, že naše těžkosti a negativní pocity mají vliv na naše myšlenky a představy. Změnou kognitivních procesů lze změnit chování a prožívání dané situace jedincem. (Křivohlavý, 2001)

Psychologické očkování proti stresu a bolesti

Patří mezi techniky kognitivního ovlivňování lidí v těžkostech. Jde o procese složený ze čtyř fází. První fází je rekoncepce, kdy je člověk veden k uvědomění si, že stres, stejně jako bolest, má do určité míry i svou psychickou stránku ovlivnitelnou negativně nebo pozitivně psychologickými metodami. Druhou fází psychologického

očkování je naučení se nových způsobů zvládnání těžkostí, jakými mohou být relaxační trénink, nácvik vůlí říditelného dýchání nebo imaginace. Třetí fází je tzv. generální zkouška, při níž se bolest či stres spojuje s naučenou změnou postoje a relaxace. Poslední fází je tzv. živá situace, kdy na jedince bezprostředně působí bolest či stres. Tato technika vede k aplikaci naučeného chování současně se změnou postojů. (Křivohlavý, 2001)

Ventilace emocí

Autorem této metody je James Pennebaker, který zjistil, že subjektivně vnímané pocity stresu a bolesti, je možno pozitivně ovlivnit tím, že je ventilujeme nebo různým způsobem zveřejňujeme. Ventilace stresu může proběhnout jeho pojmenováním, vyslovením nebo dokonce napsáním. V psychologii se hovoří o tzv. katarzi neboli o psychickém očištění od negativních zážitků. (Křivohlavý, 2001)

Metodologie a výsledky

5 Metodologie výzkumu

Výzkumnou metodou pro tuto diplomovou práci jsem zvolila kvantitativní šetření za pomoci nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Po získání dat jsem zjistila, že by bylo zajímavé zanalyzovat odpovědi na otevřené otázky. Výzkum se tedy stal smíšeným, kvantitativním i kvalitativním. Respondenty jsou rodiče dětí hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče nejmenovaného pracoviště z důvodu zachování anonymity. Kritériem pro zařazení mezi respondenty bylo dítě z úplné rodiny, kdy jeden z rodičů byl hospitalizován jako doprovod nemocného se zavedenou zevní komorovou drenáží.

Použitý dotazník (viz příloha č. 1) použitý pro kvantitativní výzkum byl zaměřený na zjišťování základních informací o rodiči, informovanosti, pocitů a celkové spokojenosti zúčastněných respondentů s poskytovanou péčí. Sestaven byl na základě informací získaných z odborné literatury zabývající se danou problematikou, velkou mírou ke zhotovení přispěli i vlastní zkušenosti z práce s dětmi a jejich rodinami.

Dotazník se skládá z 30 různých otázek, nejčastěji uzavřených, ale i otevřených a polootevřených. Obsahuje otázky filtrační, identifikační a výzkumné. Dotazníky byly vytvořeny a rozposílány respondentům skrze elektronickou komunikaci pomocí aplikace Google Forms. K analýze a zpracování dat byla použita statistická metoda pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Získaná data jsou uvedena také procentuálně a jsou znázorněna formou tabulek a grafů.

5.1 Organizace výzkumu

Vlastní výzkum probíhal od začátku listopadu roku 2015 do konce ledna roku 2016. Respondenty tvořili rodiče, kteří splňovali uvedené podmínky a měli hospitalizované děti na daném pracovišti někdy během období od měsíce ledna roku 2014 do téhož měsíce roku 2016. Vybrány, osloveny a požádány o spolupráci byli všechny rodiče odpovídající předem stanoveným kritériím. Rodičům, kteří souhlasili se svojí účastí v daném výzkumném šetření, byly rozeslány dotazníky.

Před samotným zahájením kvantitativního výzkumu byla provedena pilotní studie u deseti náhodně zvolených rodičů dětí hospitalizovaných se zevní komorovou drenáží. Cílem pilotní studie bylo ověření si vhodnosti a srozumitelnosti jednotlivých položek dotazníku, zjistit ochotu rodičů, maminek i tatínků, podílet se na výzkumu. Během pilotní studie nebyly zjištěny žádné výrazné problémy týkající se nepochopení či nesrozumitelnosti v zadání otázek. Naopak na popud rodičů byl dotazník rozšířen o otázku číslo 19. Dotazníky byly zasílány respondentům v elektronické podobě po

předchozím vyjádření souhlasu. Nezbytné je uvést, že rodiče byli osloveni až po ukončení hospitalizace a po propuštění dítěte do domácí péče.

Osloveno bylo celkem 110 respondentů, tedy rodiče 55 dětí se zavedenou zevní komorovou drenáží. Z celkového počtu 110 rozeslaných dotazníků se jich zpět vrátilo 107. Návratnost dotazníků tedy byla 97,3%. Po důsledném prostudování bylo dalších 5 dotazníků vyřazeno pro neúplné či nesprávné a nejednoznačné vyplnění. Celková interpretace výsledků tak vychází z počtu 102 respondentů.

5.2 Cíle práce

Hlavní cíl

Zjistit celkovou spokojenost rodičů s přístupem a prací odborníků na příslušné jednotce intenzivní péče.

Dílčí cíl 1

Zjistit, co by dle rodičů malých pacientů mohlo zlepšit současný stav poskytované péče.

Dílčí cíl 2

Zjistit, co je pro rodiče nemocných dětí nejdůležitější, v souvislosti s jejich psychickým stavem.

Dílčí cíl 3

Navrhnout na podkladě výzkumného šetření možná opatření ke zlepšení současného stavu.

5.3 Hypotézy

H1: Lze očekávat, že zdravotnický personál poskytuje bio-psycho-sociální péči, a tak je pro rodiče nemocného dítěte větší psychickou oporou než rodina.

H2: Lze očekávat, že zdravotnický personál poskytne potřebný prostor pro vyjádření pocitů rodičů nemocného dítěte a plnění jejich vlastních potřeb.

H3: Lze předpokládat, že rodiče dětí se zevní komorovou drenáží mají ze strany zdravotníků veškeré informace, které potřebují.

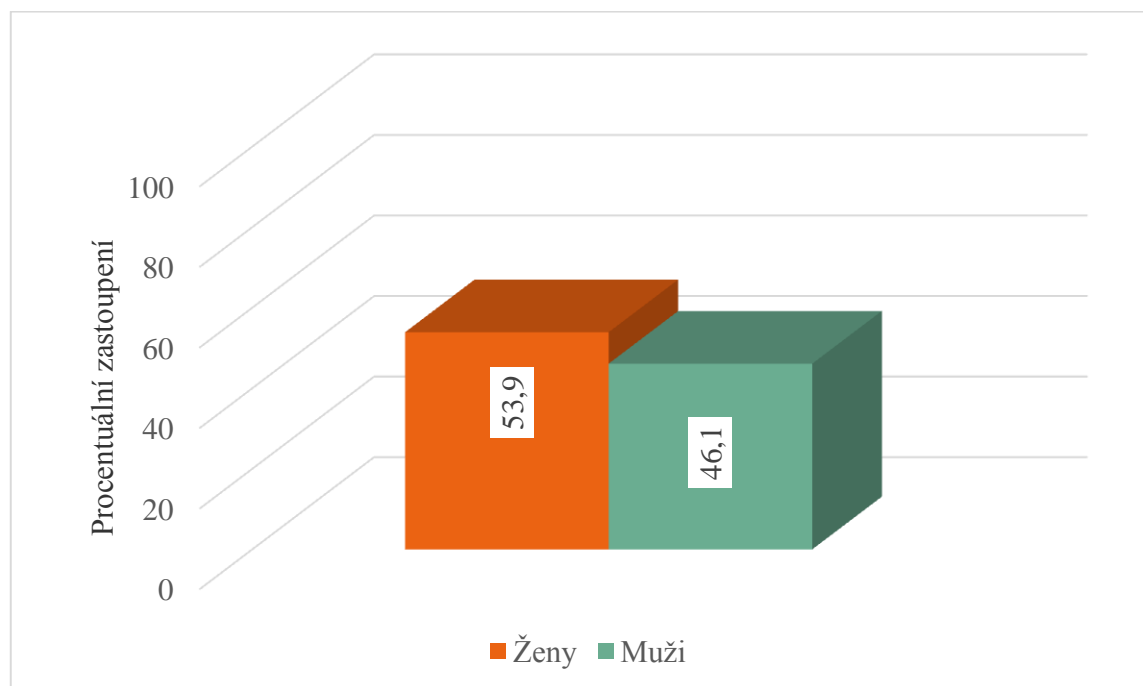
H4: Lze očekávat, že rodiče hospitalizovaných dětí se ocitají v psychicky náročných situacích.

H5: Lze očekávat, že zdravotnické zařízení zajistí pro dítě odpovídající psychický komfort (klauni, učitelé, dobrovolníci).

5.4 Charakteristika zkoumaného souboru a analýza dat

Otázka č. A) Jaké je Vaše pohlaví?

Graf č. 1 Zastoupení respondentů podle pohlaví



Graf č. 1 vyjadřuje zastoupení respondentů dle pohlaví. Z grafu lze vyčíst, že větší část respondentů byly ženy, a to v procentuálním zastoupení 53,9%. Mužského pohlaví bylo 46,1% respondentů.

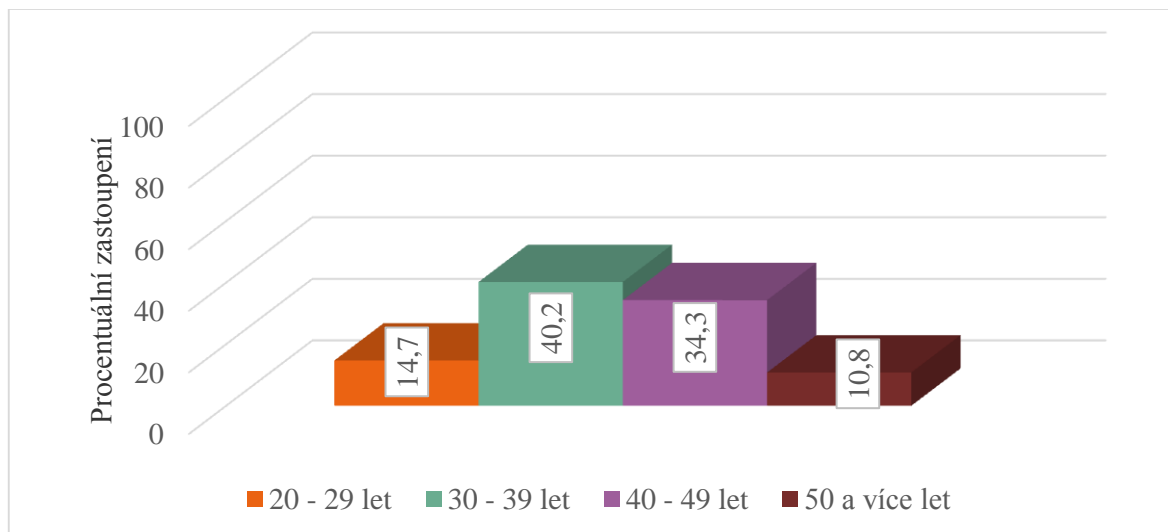
Tabulka č. 1 Zastoupení respondentů podle pohlaví

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Ženy | 55 | 53,9 % |
| Muži | 47 | 46,1 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 1 popisuje zastoupení respondentů dle pohlaví. Z tabulky je patrné, že z celkového počtu 102 respondentů, bylo 55 žen a 47 mužů.

Otázka č. B) Kolik Vám je let?

Graf č. 2 Zastoupení respondentů podle věku



Graf č. 2 vyjadřuje zastoupení respondentů podle věku. Z grafu vyplývá, že nejčetnější zastoupení respondentů je ve věkové kategorii 30-39 let a to v procentuálním zastoupení 40,2%. Druhou nejčetnější skupinu vyjadřuje věková kategorie 40-49 let a to v zastoupení 34,3%. Další skupinou dle sestupnosti četnosti se stala věková kategorie 20-29let se 14,7% a nejnižší zastoupení respondentů je ve věkové kategorii 51 a více let, konkrétně v procentuální zastoupení 10,8% respondentů.

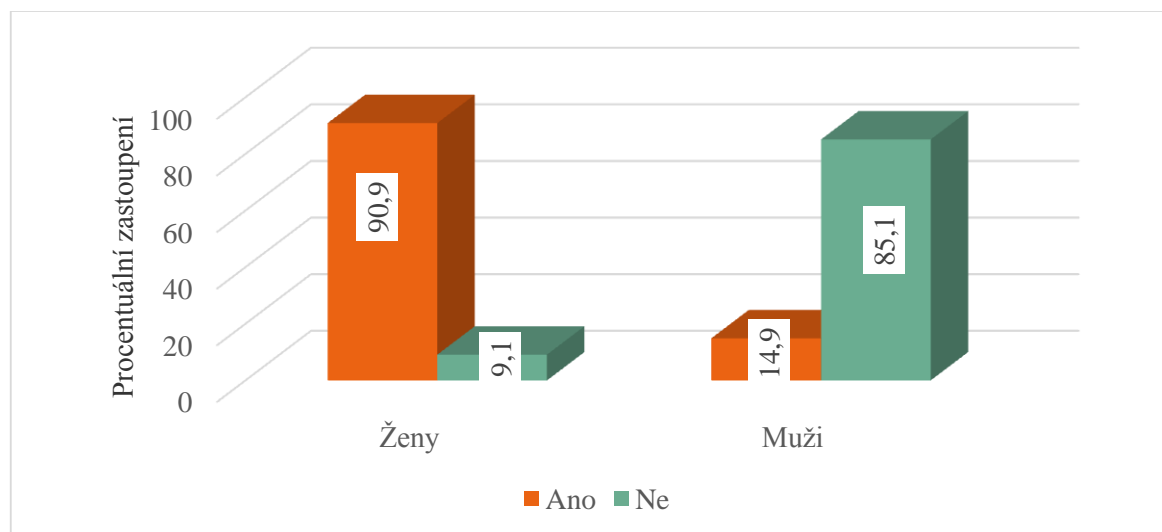
Tabulka č. 2 Zastoupení respondentů podle věku

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| 20 – 29 let | 15 | 14,7 % |
| 30 – 39 let | 41 | 40,2 % |
| 40 – 49 let | 35 | 34,3 % |
| 50 a více let | 11 | 10,8 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 2 popisuje zastoupení respondentů podle věku v celkovém souboru. Z tabulky vyplývá, že nejnižší zastoupení respondentů je ve věkové kategorii 51 a více let. Následuje zastoupení respondentů ve věkové kategorii 20-29 let s celkovým počtem 15 respondentů. Nejčetnější zastoupení respondentů bylo ve věkové kategorii 30-39 let, jednalo se o 41 respondentů. Věková kategorie 40-49 let byla na druhém místě se zastoupením 35 respondentů.

Otázka č. C) Byl/a jste hospitalizován/a jako doprovod vašeho dítěte?

Graf č. 3 Zastoupení respondentů dle hospitalizace



Graf č. 3 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle odpovědí na otázku v celkovém souboru oslovených. Ženy byly hospitalizovány jako doprovod z 90,9 %, pouze 9,1 % žen jako doprovod hospitalizováno s dítětem nebylo. Muži byli hospitalizováni jako doprovod dítěte ve 14,9 % a zbylé procentuální zastoupení tj. 85,1 % hospitalizováno nebylo.

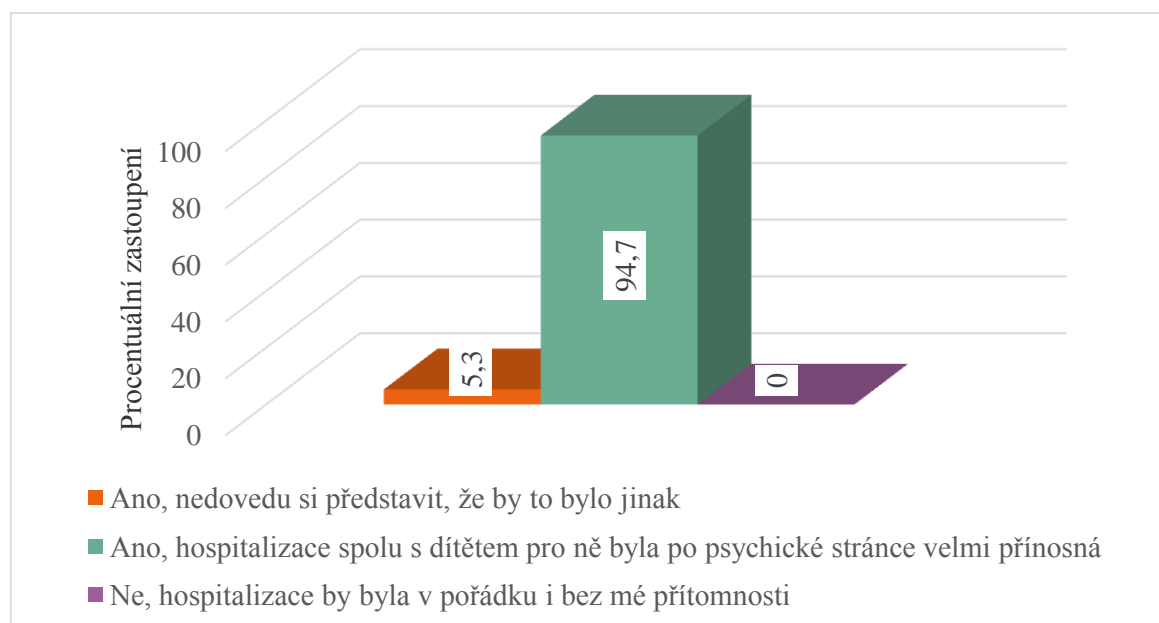
Tabulka č. 3 Zastoupení respondentů dle hospitalizace

| | Ženy | | Muži | |
|---------------------------|------|--------|------|--------|
| | n | % | n | % |
| Ano | 50 | 90,9 % | 7 | 14,9 % |
| Ne | 5 | 9,1 % | 40 | 85,1 % |
| Celkový počet respondentů | 55 | 100 % | 47 | 100 % |

Tabulka č. 3 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku v celkovém souboru oslovených. Z tabulky vyplývá, že 50 žen odpovědělo na otázku, zda jsou hospitalizované jako doprovod dítěte kladně a pouze 5 žen z celkového počtu žen odpovědělo záporně. Muži odpovídali na tuto otázku spíše záporně a to v počtu 40 respondentů. Kladnou odpověď jsem zaznamenala u 7 mužů.

Otázka č. 1) Pokud jste byl (a) hospitalizována jako doprovod, bylo to pro Vás přínosné?

Graf č. 4 Pocit přínosnosti doprovodu



Graf č. 4 vyjadřuje zastoupení respondentů, kteří byli hospitalizováni s dítětem dle jejich pocitu přínosnosti jakožto doprovodu. Z grafu je jednoznačné, že většina respondentů odpověděla, že hospitalizace spolu s dítětem pro ně byla po psychické stránce velmi přínosná, a to v procentuálním zastoupení 94,7%. Druhá možnost, kterou respondenti uváděli, že si nedovedou představit, že by tomu bylo jinak, se objevila v 5,3%. Poslední možnost, a to že hospitalizace by byla v pořádku i bez přítomnosti doprovodu, neodpověděl žádný respondent.

Tabulka č. 4 Pocit přínosnosti doprovodu

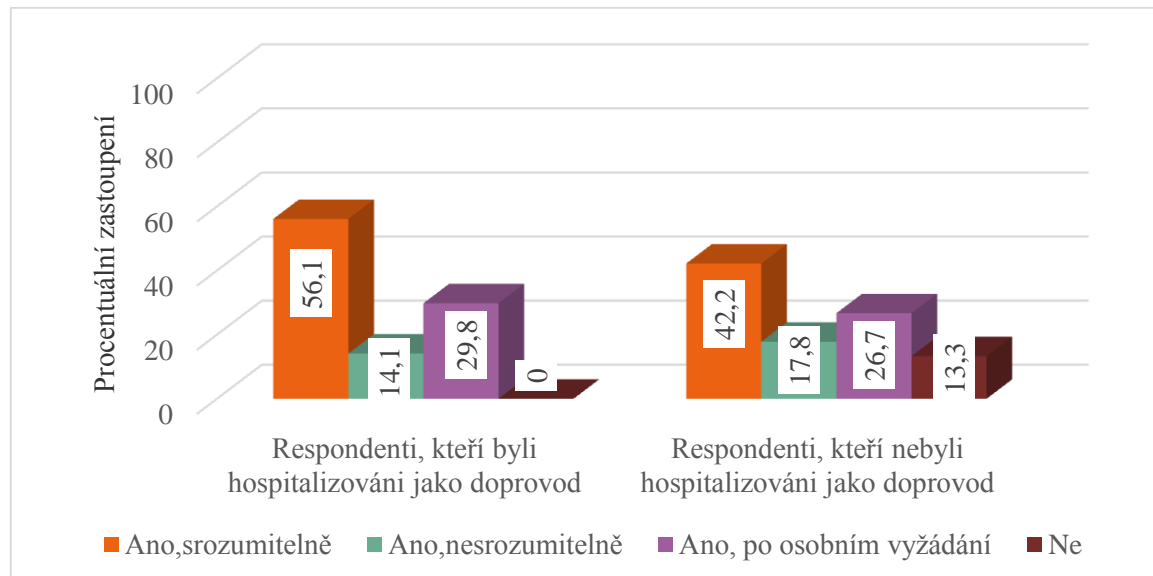
| | n | % |
|--|----|--------|
| Ano, nedovedu si představit, že by to bylo jinak | 3 | 5,3 % |
| Ano, hospitalizace spolu s dítětem pro ně byla po psychické stránce velmi přínosná | 54 | 94,7 % |
| Ne, hospitalizace by byla v pořádku i bez mé přítomnosti | 0 | 0 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % |

Tabulka č. 4 popisuje zastoupení respondentů hospitalizovaných s dítětem dle pocitu přínosnosti jakožto doprovodu. Z tabulky je patrné, že z celkového počtu 57 respondentů, odpovědělo 54, že hospitalizace spolu s dítětem pro ně byla po psychické stránce velmi přínosná. Jen 3 respondenti uvedli, že si nedovedou

představit, že by tomu bylo jinak. Poslední možnost, a to že hospitalizace by byla v pořádku i bez přítomnosti doprovodu, neodpověděl žádný respondent.

Otázka č. 2) Poskytl Vám lékař informace týkající se důvodu zavedení ZKD?

Graf č. 5 Zastoupení respondentů dle pocitu informovanosti lékařem



Graf č. 5 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle pocitu informovanosti důvodu zavedení ZKD v celkovém souboru oslovených. V grafu jsou rozděleni respondenti, kteří byli hospitalizováni jako doprovod a ti, kteří hospitalizováni nebyli. Variantu ano, srozumitelně volilo 56,1 % respondentů, kteří byli hospitalizováni a 42,2% respondentů, kteří hospitalizováni nebyli. Ano, nesrozumitelně uvedlo 14,1 % respondentů, kteří byli hospitalizováni a ti, kteří nebyli hospitalizováni, tuto možnost uváděli častěji, tj. v 17,8%. Po osobním vyžádání zvolilo 29,8% hospitalizovaných a 26,7% respondentů, kteří doprovodem dítěte nebyli. Pro negativní odpověď se rozhodlo 13,3% respondentů z těch kteří nebyli hospitalizováni.

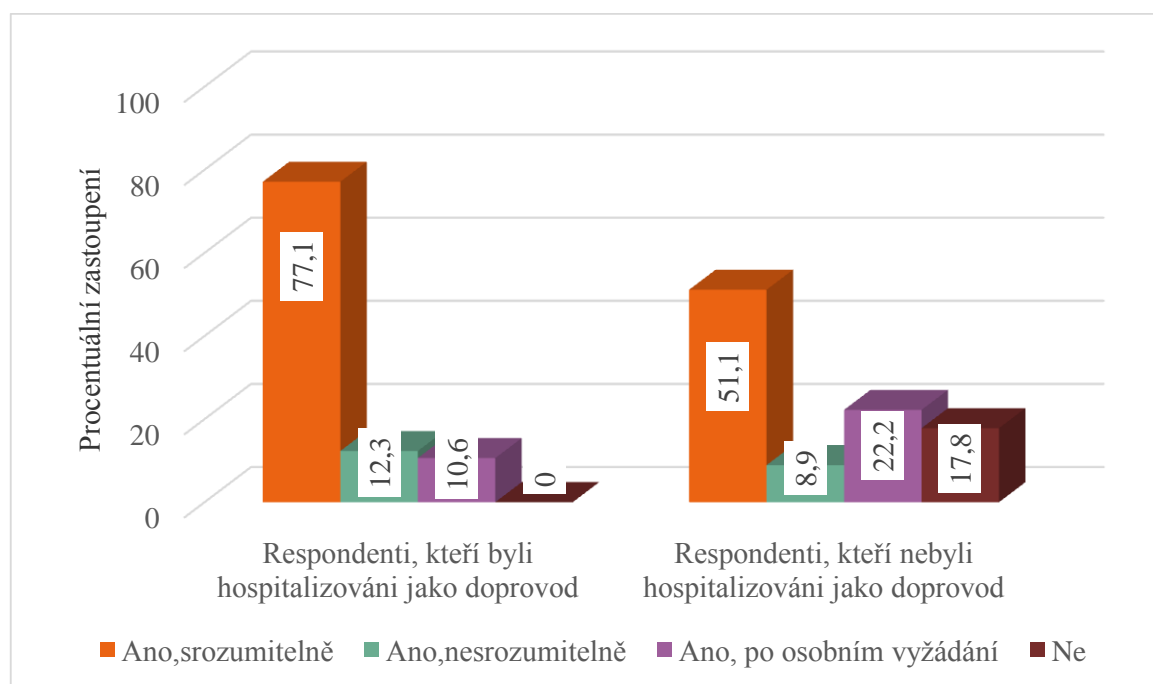
Tabulka č. 5 Zastoupení respondentů dle pocitu informovanosti lékařem

| | Respondenti, kteří BYLI hospitalizováni jako doprovod | | Respondenti, kteří NEBYLI hospitalizováni jako doprovod | |
|---------------------------|---|--------|---|--------|
| | n | % | n | % |
| Ano, srozumitelně | 32 | 56,1 % | 19 | 42,2 % |
| Ano, nesrozumitelně | 8 | 14,1 % | 8 | 17,8 % |
| Ano, po osobním vyžádání | 17 | 29,8 % | 12 | 26,7 % |
| Ne | 0 | 0 % | 6 | 13,3 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % | 45 | 100 % |

Tabulka č. 5 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 2. Z tabulky vyplývá, že nejnížší počet respondentů, kteří nebyli hospitalizováni jako doprovod, si zvolilo za svojí odpověď položku ne. Jedná se o celkový počet 6 respondentů. Tuto položku si nevybral žádný respondent, který byl hospitalizován jako doprovod. V případě respondentů, kteří byli hospitalizováni, po té následovaly varianty ano po osobním vyžádání, tu si vybralo 17 oslovených a ano, nesrozumitelně, které si zvolilo 8 respondentů. U respondentů, kteří nebyli hospitalizováni, následuje varianta ano, nesrozumitelně s celkovým počtem 8 respondentů a dále možnost ano, po osobním vyžádání, kterou si vybralo 12 respondentů. Nejčetnější odpovědí byla položka ano, srozumitelně a to v obou skupinách. U hospitalizovaných převládala ve 32 případech a u nehospitalizovaných u 19 oslovených.

Otázka č. 3) Seznámil Vás ošetrovatelský personál s problematikou a nezbytnou péčí o ZKD?

Graf č. 6 Seznámení s péčí o ZKD



Graf č. 6 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 3. U této otázky volilo možnost ano, srozumitelně 77,1% oslovených ve skupině respondentů, kteří byli hospitalizováni s dítětem a 51,1% respondentů, kteří hospitalizováni nebyli. Dále u respondentů, kteří byli hospitalizováni jako doprovod, převládla možnost ano, nesrozumitelně ve 12,3% a možnost ano, po osobním vyžádání v 10,6%. Poslední možnost, že seznámení s problematikou vůbec seznámení nebyli, se u hospitalizovaných doprovodů neobjevila. Respondenti, kteří hospitalizováni nebyli, jako druhou nejčetnější odpověď dávali ano po osobním vyžádání a to ve 22,2%. 8,9 nehospitalizovaných respondentů uvedlo možnost ano,

nesrozumitelně. A bohužel u respondentů, kteří nebyli hospitalizováni, se objevila i poslední možnost a to v 17,8%.

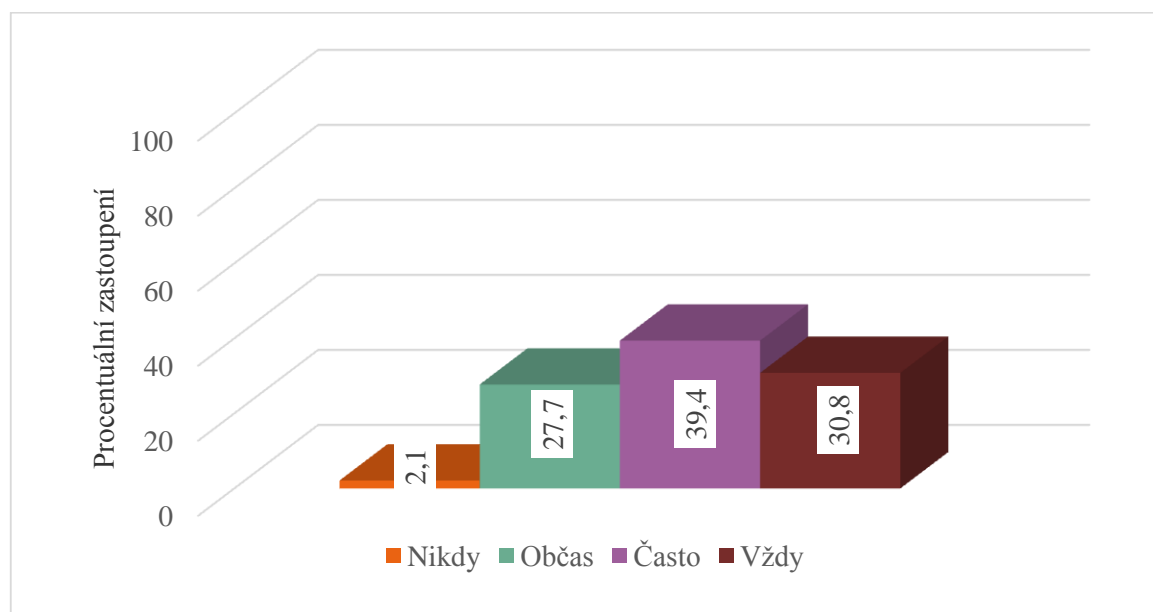
Tabulka č. 6 Seznámení s péčí o ZKD

| | Respondenti, kteří <u>BYLI</u> hospitalizováni jako doprovod | | Respondenti, kteří <u>NEBYLI</u> hospitalizováni jako doprovod | |
|---------------------------|---|--------|---|--------|
| | n | % | n | % |
| Ano, srozumitelně | 44 | 77,1 % | 23 | 51,1 % |
| Ano, nesrozumitelně | 7 | 12,3 % | 4 | 8,9 % |
| Ano, po osobním vyžádání | 6 | 10,6 % | 10 | 22,2 % |
| Ne | 0 | 0 % | 8 | 17,8 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % | 45 | 100 % |

Tabulka č. 6 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 3. Z tabulky vyplývá, že srozumitelně bylo seznámeno celkem 67 respondentů a to 44 respondentů, kteří byli hospitalizováni a 23 respondentů, kteří hospitalizováni nebyli. Dalších 27 respondentů bylo s danou problematikou seznámeno, ovšem 11 oslovených udalo, že nesrozumitelně a 16 respondentů zvolilo možnost po osobním vyžádání. Variantu ne volilo pouze 8 respondentů a to ti, kteří hospitalizováni jako doprovod dítěte nebyli.

Otázka č. 4) Byly pro Vás informace týkající se ZKD poskytnuté zdravotnickým personálem dostačující?

Graf č. 7 Dostatečnost poskytnutých informací týkajících se ZKD



Graf č. 7 vyjadřuje zastoupení respondentů dle dostatečnosti poskytnutých informací. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 2 nebo 3 uvedli, že je personál o dané problematice někdy seznámil. Nejvíce respondentů odpovídalo možností často a to v procentuálním zastoupení 39,4%. Druhou nejčtenější skupinou byla odpověď vždy, tuto možnost si vybralo 30,8% respondentů. Hned po této možnosti se umístila odpověď občas ve 27,7%. 2,1% respondentů uvedlo poslední možnost nikdy.

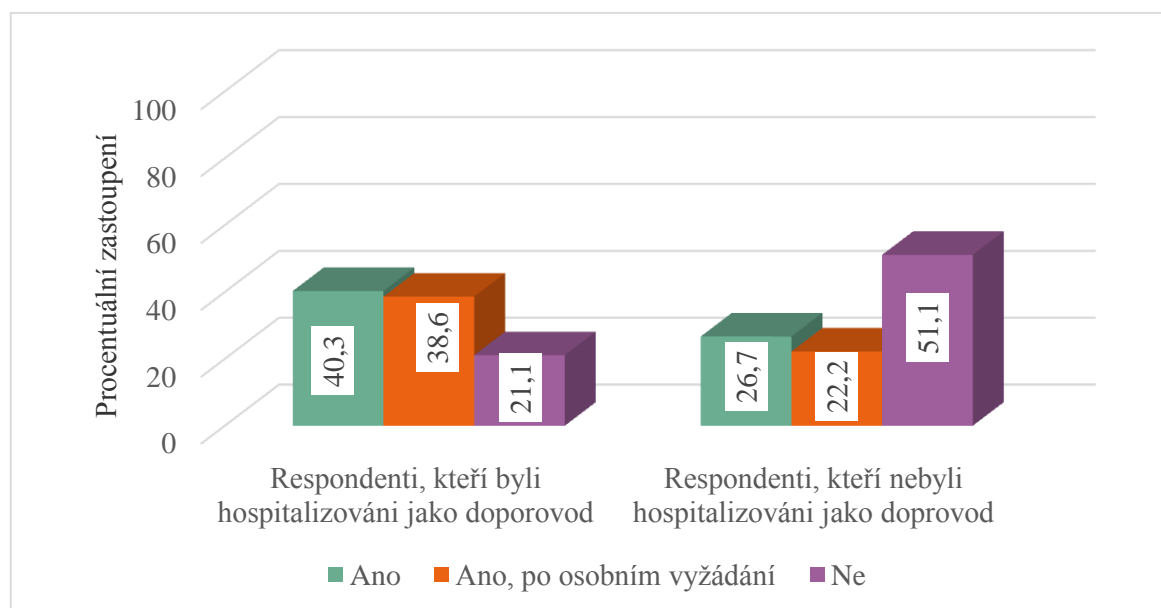
Tabulka č. 7 Dostatečnost poskytnutých informací týkajících se ZKD

| | n | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Nikdy | 2 | 2,1 % |
| Občas | 26 | 27,7 % |
| Často | 37 | 39,4 % |
| Vždy | 29 | 30,8 % |
| Celkový počet respondentů | 94 | 100 % |

Tabulka č. 7 popisuje zastoupení respondentů dle dostatečnosti poskytnutých informací. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 3 uvedli, že je personál o dané problematice seznámil. 37 respondentů uvedlo odpověď často. Druhou nejčtenější odpovědí bylo Vždy a to v 29 případech. Následovala odpověď občas, celkem ji zaznamenalo 26 respondentů. Odpověď nikdy uvedli pouze 2 respondenti.

Otázka č. 5) Měli jste dostatek informací, jak zvládnout danou situaci? (psychickou zátěž)

Graf č. 8 Informovanost pro zvládnutí psychického zatížení



Graf č. 8 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle pocitu dostatečné informovanosti ke zvládnutí psychické zátěže v celkovém souboru oslovených. V grafu jsou rozděleni respondenti, kteří byli hospitalizováni jako doprovod a ti, kteří hospitalizováni nebyli. Variantu ano a ano po osobním vyžádání preferovali právě ti respondenti, kteří byli hospitalizováni jako doprovod. Celkem se pro tyto odpovědi rozhodlo 78,9% dotazovaných. Pouze ve 21,1% odpovědí u dotazovaných, kteří byli hospitalizováni, se objevila možnost ne. Zatímco u respondentů, kteří nebyli hospitalizováni, odpovědělo na tuto otázku 51,1% oslovených právě odpovědí ne a 48,9% ano nebo ano, po osobním vyžádání.

Tabulka č. 8 Informovanost pro zvládnutí psychického zatížení

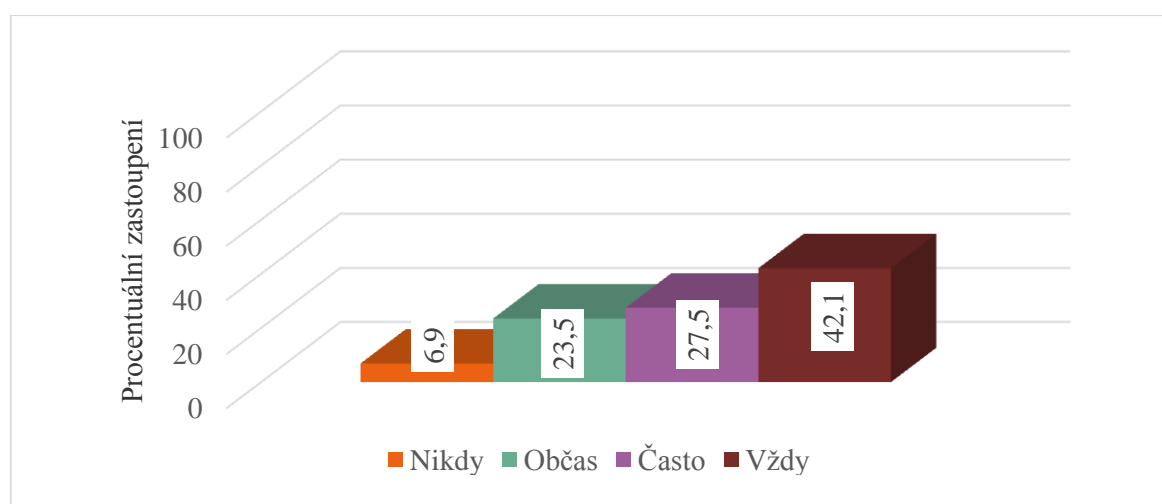
| | Respondenti, kteří BYLI hospitalizováni jako doprovod | | Respondenti, kteří NEBYLI hospitalizováni jako doprovod | |
|---------------------------|---|--------|---|--------|
| | n | % | n | % |
| Ano | 23 | 40,3 % | 12 | 26,7 % |
| Ano, po osobním vyžádání | 22 | 38,6 % | 10 | 22,2 % |
| Ne | 12 | 21,1 % | 23 | 51,1 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % | 45 | 100 % |

Tabulka č. 8 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 5. V tabulce jsou rozděleni respondenti, kteří byli hospitalizováni jako

doprovod a ti, kteří hospitalizováni nebyli. Z tabulky vyplývá, že kladnou odpověď volilo celkem 67 respondentů a to 45 respondentů, kteří byli hospitalizováni a 22 respondentů, kteří hospitalizováni nebyli. Dalších 25 respondentů volilo odpověď ne. 12 respondentů bylo ze skupiny oslovených, kteří byli hospitalizováni, a 23 respondentů patřilo k těm, kteří hospitalizováni nebyli.

Otázka č. 6) Bylo Vašemu dítěti s ohledem na věk poskytnuto dostatečné množství informací?

Graf č. 9 Poskytnutí informací dítěti



Graf č. 9 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 6 v celkovém souboru oslovených. Respondenti preferovali variantu vždy v procentuálním zastoupení 42,1%. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost často, a to ve 27,5%. Možnost občas uvedlo 23,5% respondentů. A nejmenší procentuální zastoupení 6,9%, byla odpověď nikdy.

Tabulka č. 9 Poskytnutí informací dítěti

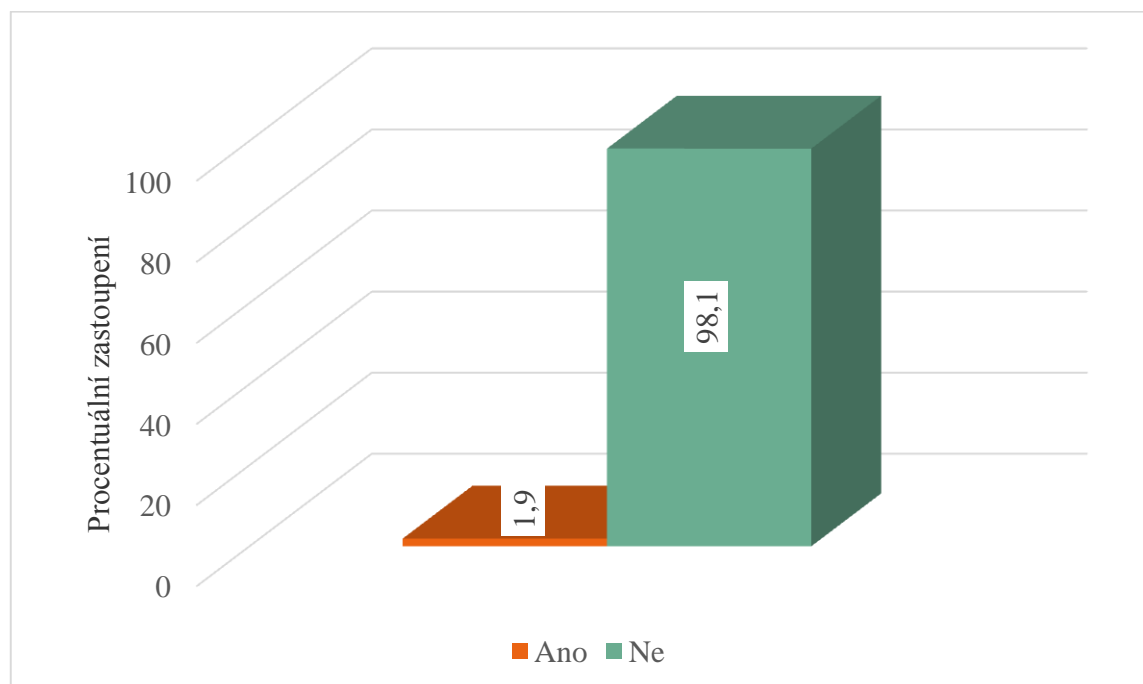
| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 7 | 6,9 % |
| Občas | 24 | 23,5 % |
| Často | 28 | 27,5 % |
| Vždy | 43 | 42,1 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 9 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 6 v celkovém souboru oslovených. Z tabulky vyplývá, že nejnižší počet oslovených si zvolilo za svojí odpověď položku nikdy. Jedná se o celkový počet 7

respondentů. Následuje varianta občas s celkovým počtem 24 respondentů. Dále možnost často, kterou si vybralo 28 oslovených. Nejčtenější odpovědí byla položka vždy. Tuto možnost volilo 43 dotazovaných.

Otázka č. 7) Existuje ve Vaší rodině někdo, kdo se již setkal s problematikou týkající se ZKD?

Graf č. 10 ZKD v rodině



Graf č. 10 vyjadřuje zastoupení respondentů podle toho zda, se v jejich rodině někdo již setkal se ZKD v celkovém souboru respondentů. Z grafu je jednoznačné, že většina respondentů zvolila odpověď ne, a to v procentuálním zastoupení 98,1%. Pouze 1,9% respondentů uvedla možnost ano.

Tabulka č. 10 ZKD v rodině

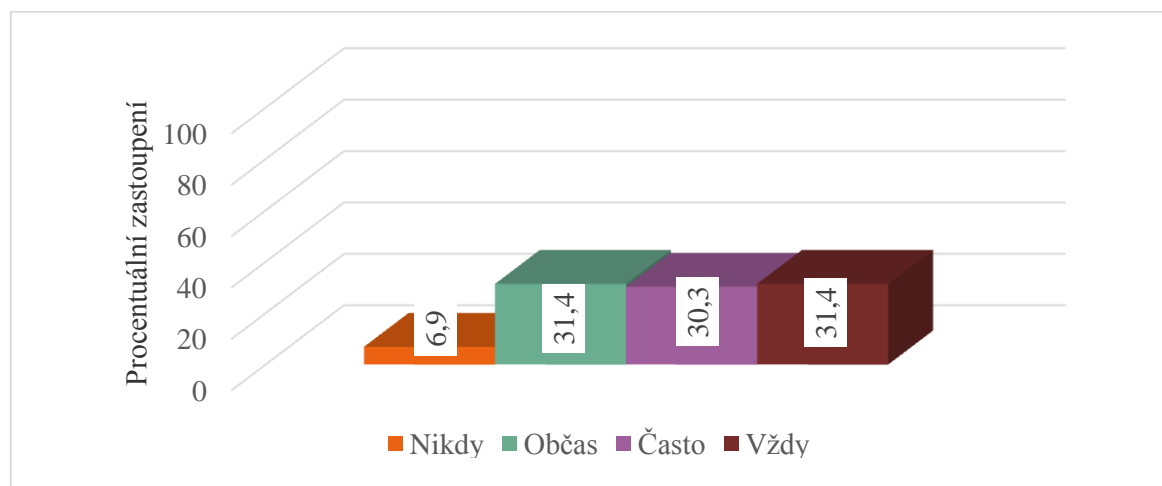
| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Ano | 2 | 1,9 % |
| Ne | 100 | 98,1 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 10 vyjadřuje zastoupení respondentů podle toho zda, se v jejich rodině někdo již setkal se ZKD v celkovém souboru respondentů. Ze 102 respondentů jich

100 uvedlo, že nikdo z jejich příbuzných se s touto problematikou nesetkal. Pouze 2 respondenti vyznačili odpověď, že někdo z jejich rodiny už zkušenost se ZKD má.

Otázka č. 8) Měli jste dostatek prostoru, ze strany ošetrovatelského personálu, pro Vaše dotazy?

Graf č. 11 Prostor pro dotazy



Graf č. 11 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 8. Odpovědi občas, často a vždy se objevovali jen v malém procentuálním rozdílu. Položku často si zvolilo 30,3% dotázaných. Procentuální shoda 31,4% nastala u odpovědí občas a vždy. Nejméně respondentů uvedlo možnost nikdy, a to v 6,9%.

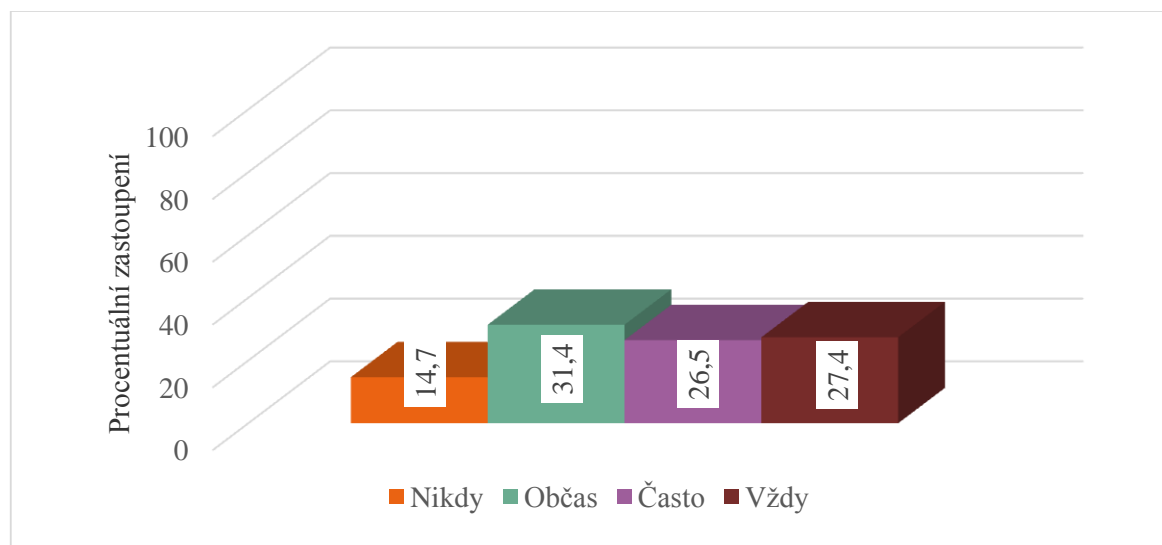
Tabulka č. 11 Prostor pro dotazy

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 7 | 6,9 % |
| Občas | 32 | 31,4 % |
| Často | 31 | 30,3 % |
| Vždy | 32 | 31,4 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 11 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 8. Pocit, že mu personál dal vždy prostor pro dotazování se, mělo 32 respondentů. Stejný počet respondentů uvedlo, že mu personál tento prostor dal občas. 31 respondentů zvolilo položku často. Pouze 7 respondentů mělo pocit, že prostor pro dotazování nedostalo nikdy.

Otázka č. 9) Dostali jste možnost vyjádřit své pocity a obavy?

Graf č. 12 Prostor pro vyjádření pocitů a obav



Graf č. 12 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 9. Prostor pro vyjádření svých pocitů a obav nikdy nedostalo 14,7% respondentů. 26,5% respondentů uvedlo, že prostor pro vyjádření obav dostali často. U možnosti vždy je v procentuálním zastoupení jen minimální rozdíl, který činí 0,9 %. Variantu občas zvolilo 31,4% dotázaných.

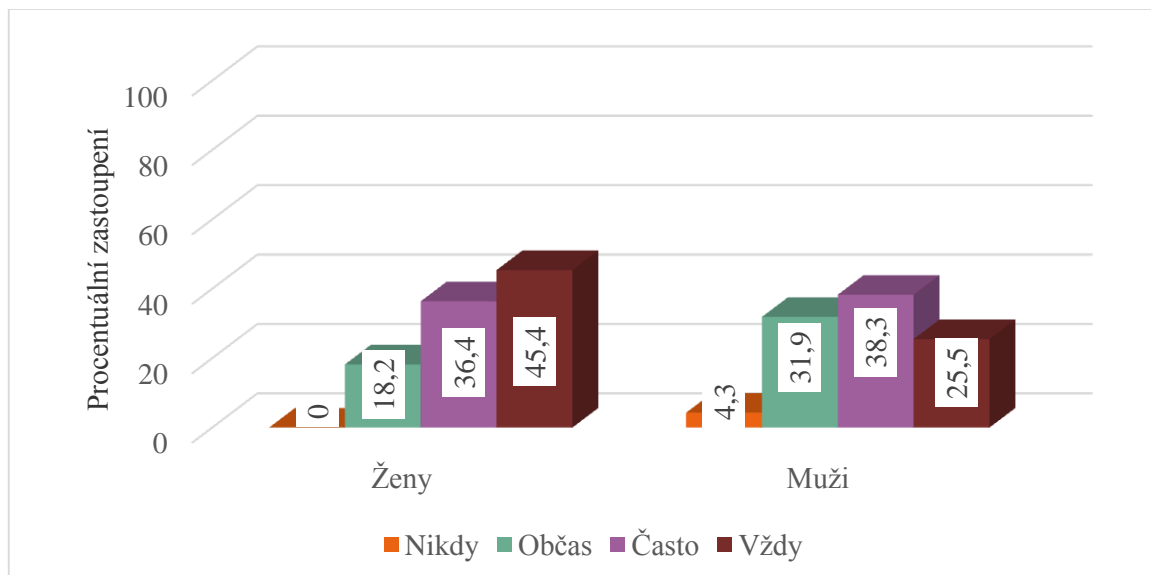
Tabulka č. 12 Prostor pro vyjádření pocitů a obav

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 15 | 14,7 % |
| Občas | 32 | 31,4 % |
| Často | 27 | 26,5 % |
| Vždy | 28 | 27,4 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 12 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 12. Odpověď občas si zvolilo 32 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost vždy. Tu si zaznamenalo 28 respondentů. Jen o 1 respondenta méně uvedlo možnost často. Nejméně dávanou možností byla položka nikdy a to v 15 případech.

Otázka č. 10) Pociťovali jste psychické zatížení, stres?

Graf č. 13 Pocit psychické zátěže, stresu



Graf č. 13 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 10. Respondenti ženského pohlaví nevolili variantu nikdy ani v jednom případě, zatímco respondenti mužského pohlaví tuto možnost zvolili v procentuálním zastoupení 4,3%. Občas pociťovali psychické zatížení a stres v procentuálním zastoupení o 13,7% více respondentů mužského pohlaví. Možnost často si v tomto případě vybralo v procentuálním zastoupení o 1,9% více mužů. Vždy se cítí být psychicky zatížené a ve stresu respondenti ženského pohlaví a to o 19,9% více než mužského.

Tabulka č. 13 Pocit psychické zátěže, stresu

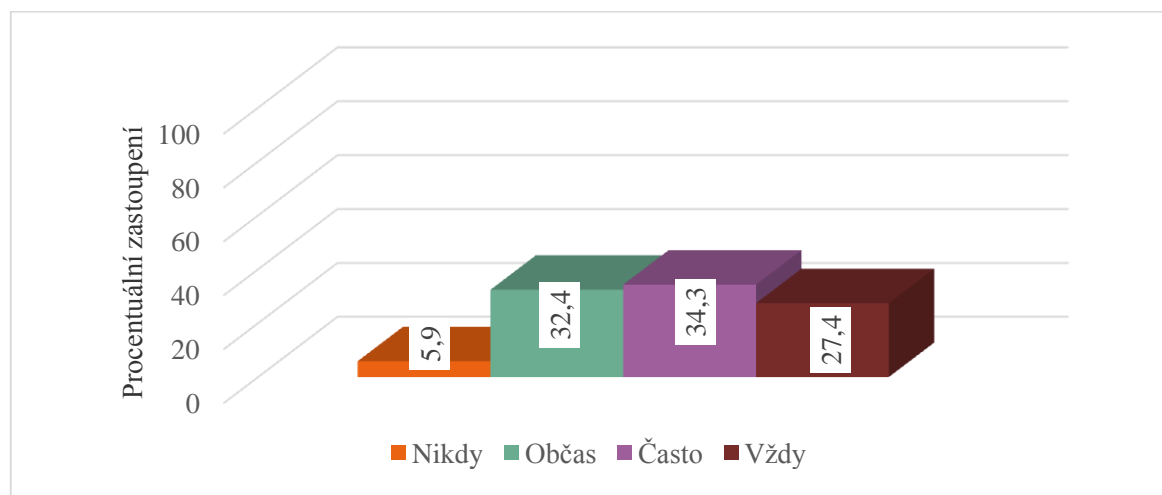
| | Ženy | | Muži | |
|---------------------------|------|--------|------|--------|
| | n | % | n | % |
| Nikdy | 0 | 0 % | 2 | 4,3 % |
| Občas | 10 | 18,2 % | 15 | 31,9 % |
| Často | 20 | 36,4 % | 18 | 38,3 % |
| Vždy | 25 | 45,4 % | 12 | 25,5 % |
| Celkový počet respondentů | 55 | 100 % | 47 | 100 % |

Tabulka č. 13 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 10. Z tabulky vyplývá, že nikdy netrpí pocitem psychického zatížení a stresu pouze 2 respondenti muži. Možnost vždy naopak uvedlo celkem 37

respondentů, a to 25 respondentů žen a 12 respondentů mužů. Variantu často si zvolilo 38 respondentů. Poslední z variant občas uvedlo 25 respondentů, z nichž 10 respondentů bylo ženského pohlaví a 15 respondentů mužského pohlaví.

Otázka č. 11) Cítíte se unavení, vyčerpaní v souvislosti s péčí o nemocné dítě?

Graf č. 14 Pocit vyčerpání a únavy



Graf č. 14 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 11 v celkovém souboru oslovených. Respondenti preferovali variantu často v procentuálním zastoupení 34,3%. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost občas, a to ve 32,4% případů. Možnost vždy uvedlo 27,4% respondentů (všichni respondenti, co volili tuto možnost, byli hospitalizovaní jako doprovod dítěte). A nejmenší procentuální zastoupení 5,9%, byla odpověď nikdy.

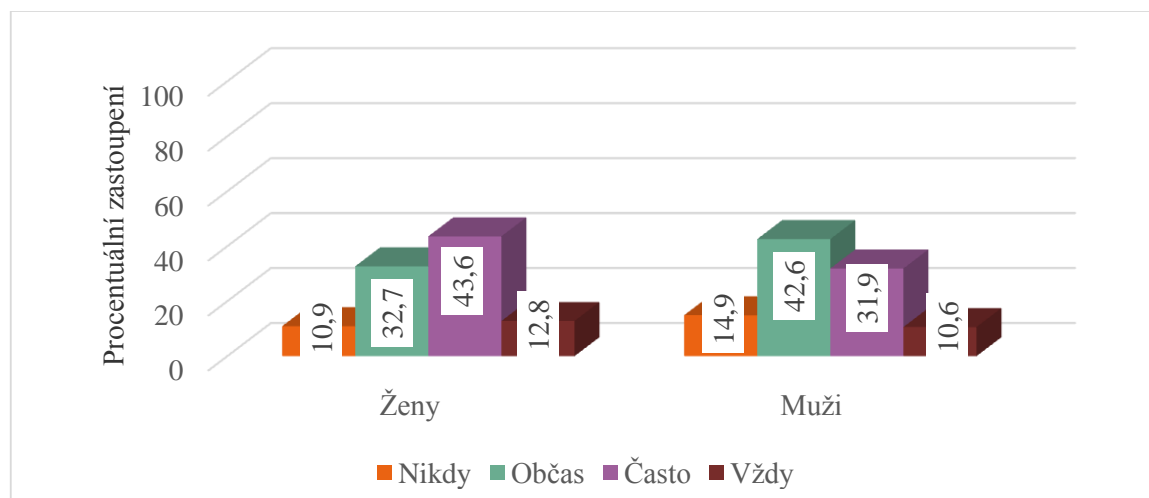
Tabulka č. 14 Pocit vyčerpání a únavy

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 6 | 5,9 % |
| Občas | 33 | 32,4 % |
| Často | 35 | 34,3 % |
| Vždy | 28 | 27,4 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 14 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 11. Nejčastější možností byla odpověď často a to u 35 respondentů. Pouze o respondenty méně zvolilo možnost občas. Třetí místo zaujala odpověď vždy a to u 28 respondentů. Pouze 6 respondentů mělo pocit, že pocit únavy a vyčerpání necítí nikdy.

Otázka č. 12) Cítili jste se být bezradní v souvislosti s péčí o vlastní dítě?

Graf č. 15 Pocit bezradnosti



Graf č. 15 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 12. U této otázky volilo možnost nikdy a občas více respondentů mužského pohlaví než respondentů pohlaví ženského. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 4% více respondentů u varianty nikdy a o 9,9% více u položky občas. Naopak možnost často a vždy si vybírali více respondenti ženského pohlaví. Konkrétní rozdíl je 11,7% v případě odpovědí často a o zanedbatelných 2,2% u varianty vždy.

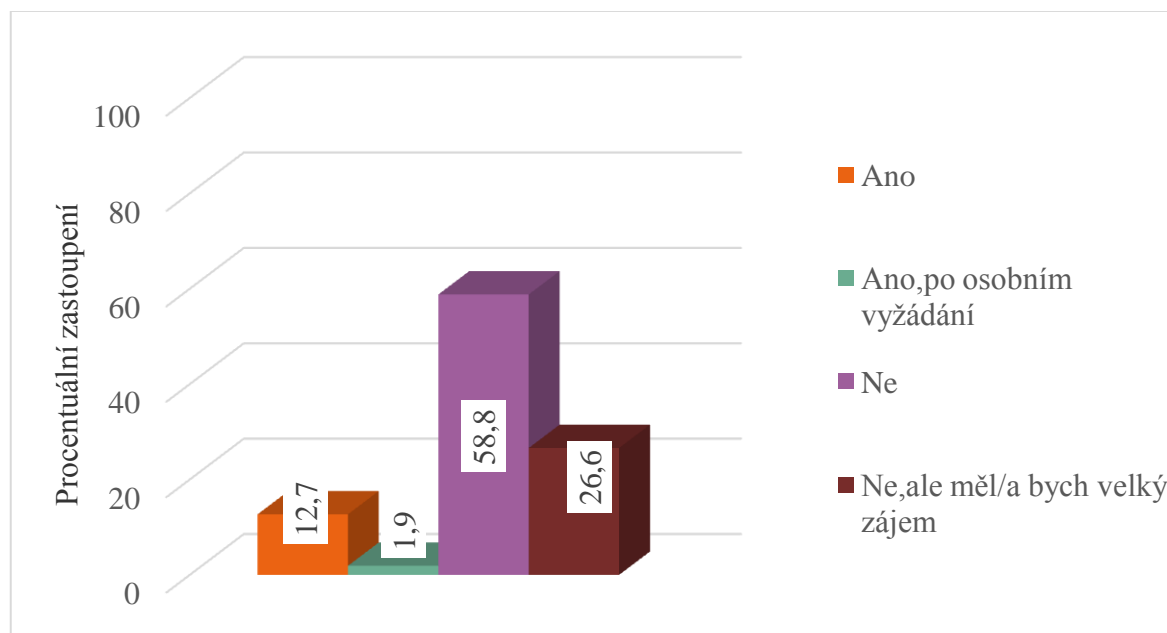
Tabulka č. 15 Pocit bezradnosti

| | Ženy | | Muži | |
|---------------------------|------|------|------|------|
| | n | % | n | % |
| Nikdy | 6 | 10,9 | 7 | 14,9 |
| Občas | 18 | 32,7 | 20 | 42,6 |
| Často | 24 | 43,6 | 15 | 31,9 |
| Vždy | 7 | 12,8 | 5 | 10,6 |
| Celkový počet respondentů | 55 | 100 | 47 | 100 |

Tabulka č. 15 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 12. Z tabulky vyplývá, že odpověď nikdy si zvolilo celkem 13 respondentů, z toho 6 respondentů žen a 7 respondentů mužů. Možnost vždy si vybralo celkem 12 respondentů – 7 žen a 5 mužů. Variantu často si zvolilo 39 respondentů, což byla také nejčastější odpověď. Poslední možností bylo občas. Tu volilo 18 žen a 20 mužů.

Otázka č. 13) Byla Vám nabídnuta možnost odborné psychologické pomoci?

Graf č. 16 Možnost psychologické pomoci



Graf č. 16 vyjadřuje zastoupení respondentů dle možnosti nabídnuté odborné psychologické pomoci. Nejvíce respondentů odpovídalo možností ne, a to v procentuálním zastoupení 58,8%. Druhou nejčetnější skupinou byla odpověď ne, ale měl/a bych velký zájem, tuto možnost si vybralo 26,6% respondentů. Hned po této možnosti se umístila odpověď ano ve 12,7% případech. 1,9% respondentů uvedlo poslední možnost ano, po osobním vyžádání.

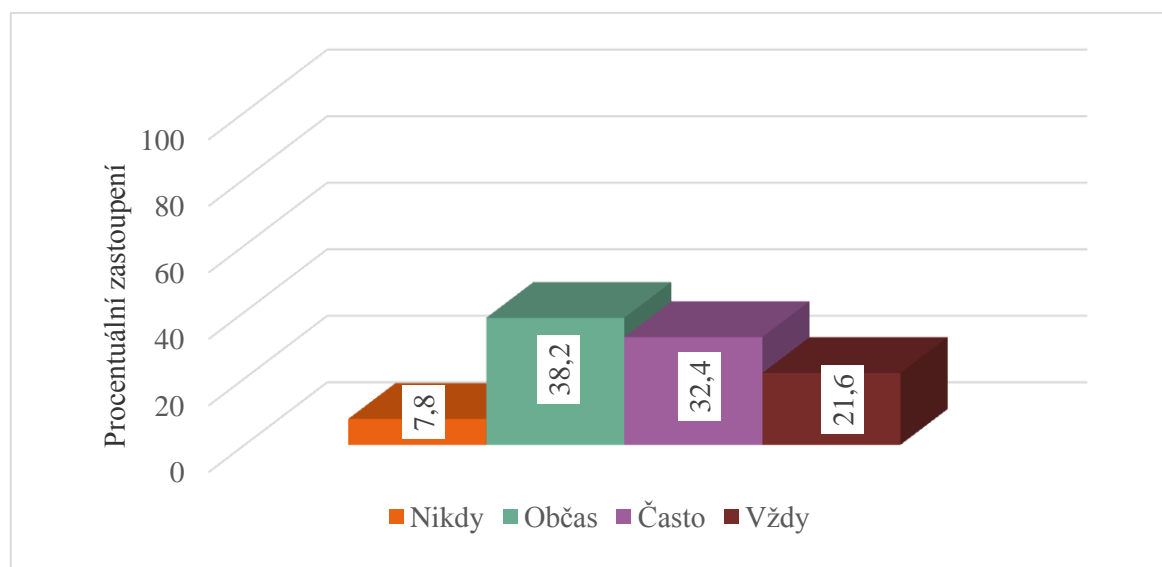
Tabulka č. 16 Možnost psychologické pomoci

| | n | % |
|--------------------------------|-----|--------|
| Ano | 13 | 12,7 % |
| Ano, po osobním vyžádání | 2 | 1,9 % |
| Ne | 60 | 58,8 % |
| Ne, ale měl/a bych velký zájem | 27 | 26,6 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 16 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů možnosti nabídnuté odborné psychologické pomoci. Odpověď ne si zvolilo neuvěřitelných 60 respondentů. Druhou nejčetnější odpovědí byla možnost ne, ale měl/a bych velký zájem. Tu si zaznamenalo 27 respondentů. Jen o 3 respondenty méně uvedlo možnost ano. Nejméně dávanou možností byla položka ano, po osobním vyžádání a to ve 2 případech.

Otázka č. 14) Dostávalo se Vám ze strany zdravotnického týmu dostatečné psychické podpory?

Graf č. 17 Psychická podpora zdravotnickým týmem



Graf č. 17 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 14. Respondenti nejčastěji volili variantu občas v procentuálním zastoupení 38,2%. O 5,8% respondentů méně udávalo variantu často. 21,6% respondentů se dostávalo dostatečné psychické podpory vždy. Nejméně častou odpovědí bylo nikdy. Tuto položku dalo 7,8% respondentů.

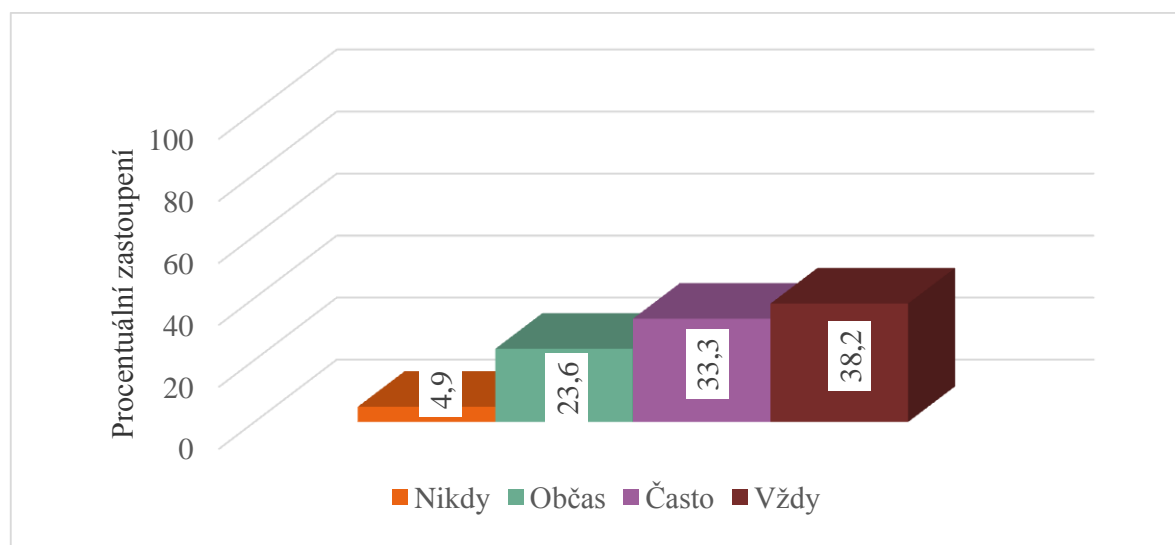
Tabulka č. 17 Psychická podpora zdravotnickým týmem

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 8 | 7,8 % |
| Občas | 39 | 38,2 % |
| Často | 33 | 32,4 % |
| Vždy | 22 | 21,6 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 17 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 14. Z uvedeného vyplývá, že celkem 8 respondentů necítí psychickou pomoc od personálu nikdy. Naopak vždy pocítuje psychickou pomoc celkem 22 respondentů. Variantu často si zvolilo 33 respondentů. Nejčetnější odpovědí byla položka občas. Tuto možnost uvedlo 39 dotázaných.

Otázka č. 15) Cítíte, že ošetrovatelský personál byl vůči Vám i Vašemu dítěti empatický (chápe Vaše pocity)?

Graf č. 18 Empatie personálu



Graf č. 18 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 15. Mezi 2 nejčetnější odpovědi patří vždy a často. V procentuálním zastoupení se vždy vyskytuje ve 38,2% a často ve 33,3%. Následující možnost občas se vyskytla ve 23,6%. Pouze 4,9% respondentů udalo, že pocit empatie vůči nim i vůči dítěti nepocítily nikdy.

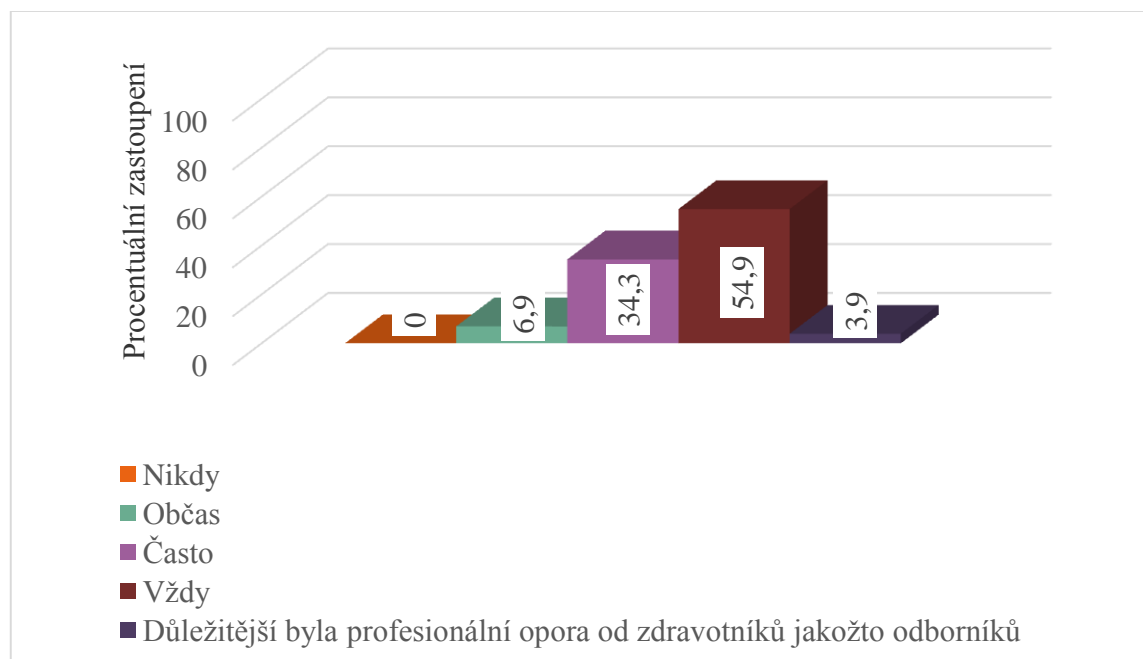
Tabulka č. 18 Empatie personálu

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 5 | 4,9 % |
| Občas | 24 | 23,6 % |
| Často | 34 | 33,3 % |
| Vždy | 39 | 38,2 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 18 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 15. Nikdy necítilo z personálu empatii 5 respondentů. Naopak odpověď občas se objevila ve 24 případech. Variantu často si zvolilo 34 respondentů a o 5 respondentů více uvedlo možnost vždy.

Otázka č. 16) Byla Vám v této stresové situaci oporou i rodina?

Graf č. 19 Opora v rodině



Graf č. 19 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 16. U této otázky volilo možnost občas 6,9% respondentů. 3,9% respondentů uvedlo, že pro ně byla důležitější profesionální opora. Možnost často se objevila ve 34,3%. Více jak polovina ze všech dotázaných oporu v rodině pocítilo vždy, naopak možnost nikdy nedal žádný respondent.

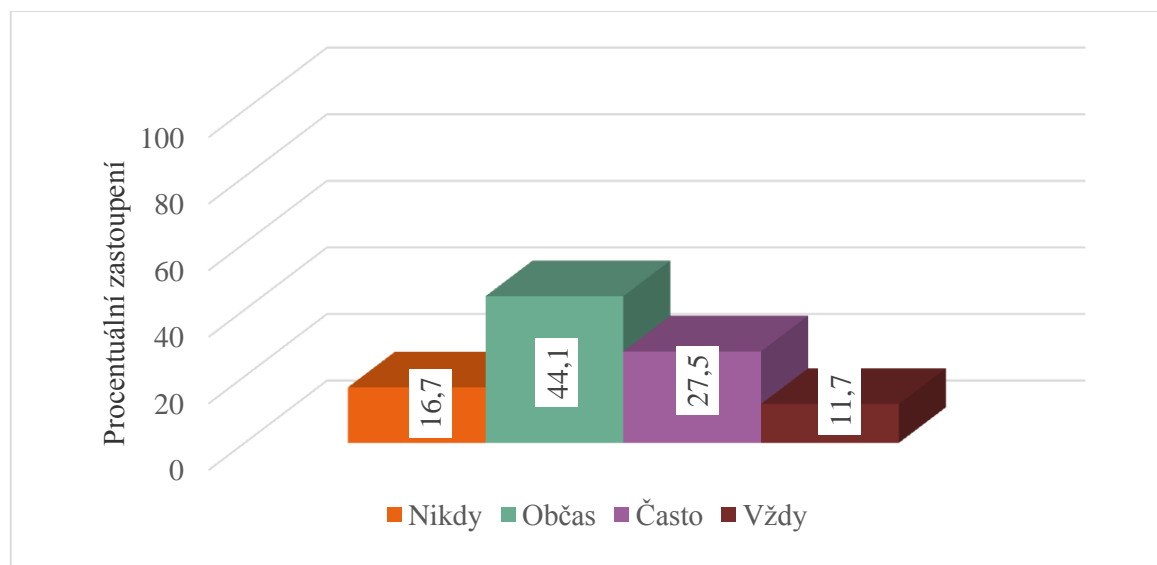
Tabulka č. 19 Opora v rodině

| | n | % |
|---|-----|--------|
| Nikdy | 0 | 0 % |
| Občas | 7 | 6,9 % |
| Často | 35 | 34,3 % |
| Vždy | 56 | 54,9 % |
| Důležitější byla profesionální opora od zdravotníků jakožto odborníků | 4 | 3,9 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 19 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 16. Odpověď že oporu v rodině nepocítili respondenti nikdy, nedal nikdo. Variantu občas uvedlo 7 respondentů. Často pocíťovalo oporu v rodině 35 respondentů. 4 respondenti napsali, že pro ně byla důležitější profesionální opora od zdravotníků. Nejčetnější odpovědí je možnost vždy. Ta se objevila v 56 případech.

Otázka č. 17) Byli jste spokojeni s přístupem lékařů k Vašemu dítěti?

Graf č. 20 Přístup lékařů k dítěti



Graf č. 20 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 17. Respondenti uvádí, že nikdy nebyli spokojeni s přístupem lékařů v 16,7%. Možnost občas byla zaznamenána u 44,1% dotázaných. Odpověď často se objevila u 27,5% respondentů a odpověď vždy v procentuálním zastoupení 11,7% respondentů.

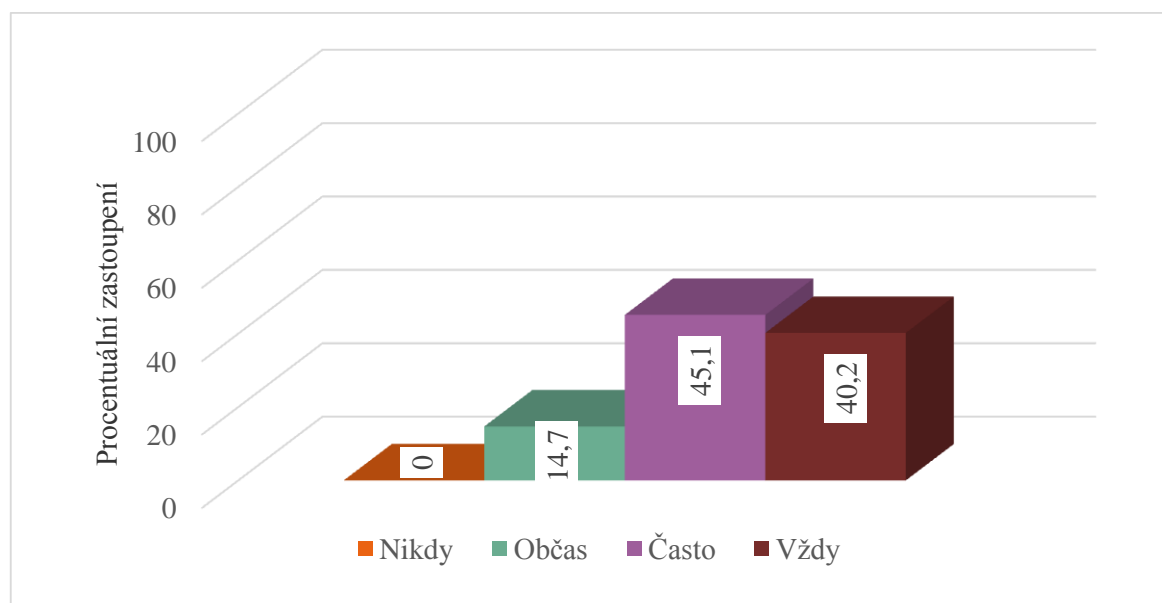
Tabulka č. 20 Přístup lékařů k dítěti

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 17 | 16,7 % |
| Občas | 45 | 44,1 % |
| Často | 28 | 27,5 % |
| Vždy | 12 | 11,7 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 20 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 17. Celkem 45 respondentů uvedlo, že občas nebyli spokojeni s přístupem lékařů. Variantu často zvolilo 28 respondentů. Třetí nejčastější odpovědí bylo nikdy a to u 17 respondentů a nejméně dávanou odpovědí se stala položka vždy a to u 12 oslovených.

Otázka č. 18) Byli jste spokojeni s přístupem a péčí poskytovanou ošetrovatelským personálem?

Graf č. 21 Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu



Graf č. 21 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 18. U této otázky si vybírali respondenti nejvíce variantu často a to konkrétně ve 45,1%. Hned po ní se umístila odpověď vždy. Tuto možnost si vybralo 40,2% respondentů. Položka občas se objevila v pouhých 14,7% a možnost nikdy nezvolil nikdo z dotázaných.

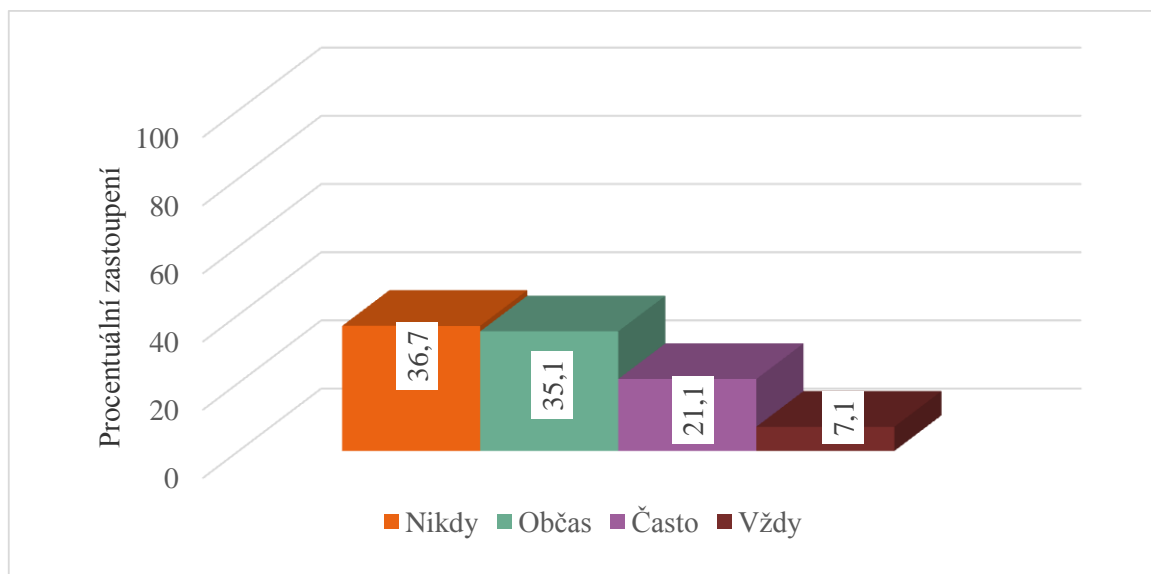
Tabulka č. 21 Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 0 | 0 % |
| Občas | 15 | 14,7 % |
| Často | 46 | 45,1 % |
| Vždy | 41 | 40,2 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 21 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 18. V tomto případě zvolilo 46 respondentů odpověď často a 41 respondentů možnost vždy. Variantu občas uvedlo 15 dotázaných. Položku nikdy nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 19) Měli jste během hospitalizace dostatek času i pro své potřeby? (zájmy, koníčky)

Graf č. 22 Čas na potřeby a zájmy



Graf č. 22 vyjadřuje zastoupení respondentů dle četnosti odpovědí na otázku č. 19. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. C uvedli, že byli hospitalizováni s dítětem. Nejvíce respondentů mělo pocit, že nemá nikdy dostatek času na své zájmy a koníčky a to v procentuálním zastoupení 36,1%. Další nejčetnější skupinou byla možnost občas, tuto možnost si vybralo 35,1% respondentů. Hned po této možnosti se umístila odpověď často ve 21,1%. 7,1% respondentů uvedlo poslední možnost vždy.

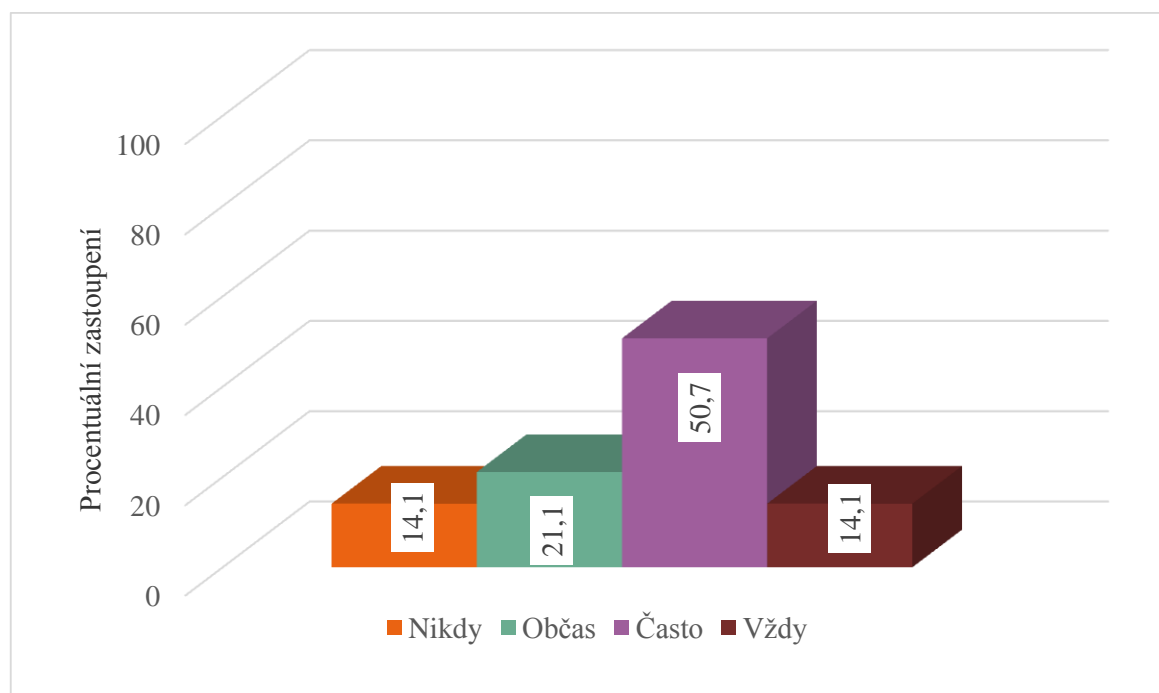
Tabulka č. 22 Čas na potřeby a zájmy

| | n | % |
|---------------------------|----|--------|
| Nikdy | 21 | 36,7 % |
| Občas | 20 | 35,1 % |
| Často | 12 | 21,1 % |
| Vždy | 4 | 7,1 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % |

Tabulka č. 22 popisuje zastoupení respondentů dle četnosti odpovědí na otázku č. 19. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. C uvedli, že byli hospitalizováni s dítětem. Z nich 21 respondentů uvedlo odpověď nikdy. Druhou nejčetnější odpovědí bylo občas a to ve 20 případech. Následovala odpověď často, celkem ji zaznamenalo 12 respondentů. Odpověď vždy uvedli pouze 4 respondenti.

Otázka č. 20) Měli jste během hospitalizace pocit, že velká část péče o dítě je vyžadována po Vás?

Graf č. 23 Pocit vyžadování péče



Graf č. 23 vyjadřuje zastoupení respondentů dle pocitu po něm vyžadované péče o dítě. Na tuto otázku odpovídalo 57 respondentů, kteří v otázce č. C uvedli, že byli hospitalizováni s dítětem jako doprovod. Odpověď, že tento pocit měli často, se objevila v polovině případů, tj. 50,7%. Občas tento pocit mělo 21,1% respondentů a poslední místo si rozdělily odpovědi nikdy a vždy, v obou případech tuto odpověď dalo 14,1% respondentů.

Tabulka č. 23 Pocit vyžadování péče

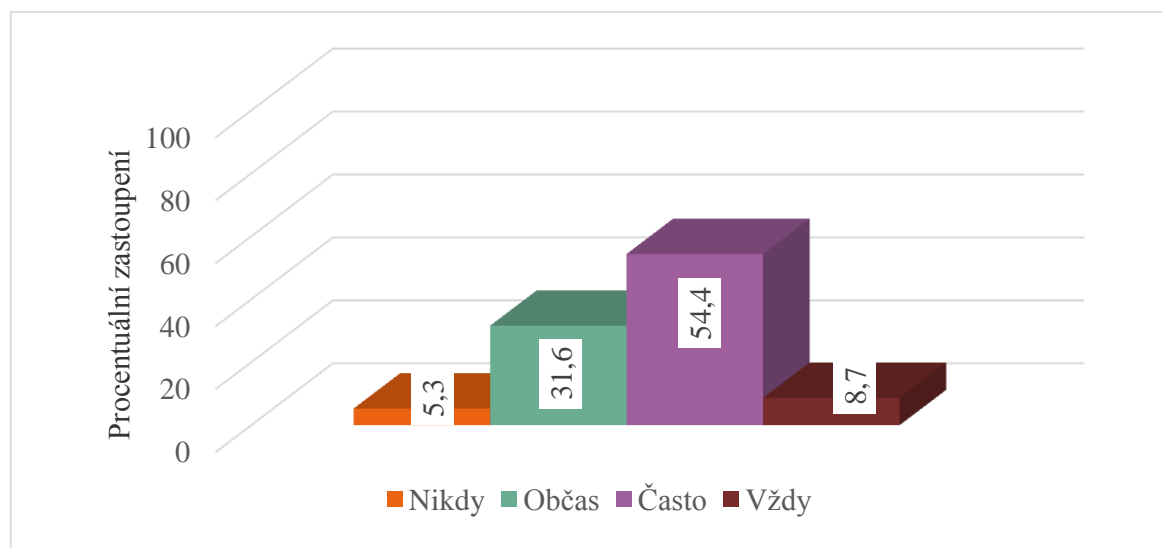
| | n | % |
|---------------------------|----|--------|
| Nikdy | 8 | 14,1 % |
| Občas | 12 | 21,1 % |
| Často | 29 | 50,7 % |
| Vždy | 8 | 14,1 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % |

Tabulka č. 23 popisuje zastoupení respondentů dle pocitu po něm vyžadované péče o dítě. Na tuto otázku odpovídalo 57 respondentů, kteří v otázce č. C uvedli, že byli hospitalizováni s dítětem jako doprovod. Z nich 29 respondentů uvedlo, že mají často

pocit, že je po nich vyžadována velká část péče o dítě. Možnost občas se objevovala u 12 respondentů a možnost vždy a nikdy byla zaznamenána shodně u 8 dotazovaných.

Otázka č. 21) Setkali jste se během hospitalizace s doprovodným programem pro děti (klauni, učitelé)?

Graf č. 24 Setkání s doprovodným programem



Graf č. 24 vyjadřuje zastoupení respondentů dle toho, zda se setkali během hospitalizace s doprovodným programem. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří byli hospitalizováni jako doprovod dítěte. Nejvíce respondentů odpovídalo možností často a to v procentuálním zastoupení 54,4%. Druhou nejčetnější skupinou byla odpověď občas, tuto možnost si vybralo 31,6% respondentů. Další možnosti, a to nikdy se objevilo pouze v 5,3% a vždy uvedlo 8,7% případů.

Tabulka č. 24 Setkání s doprovodným programem

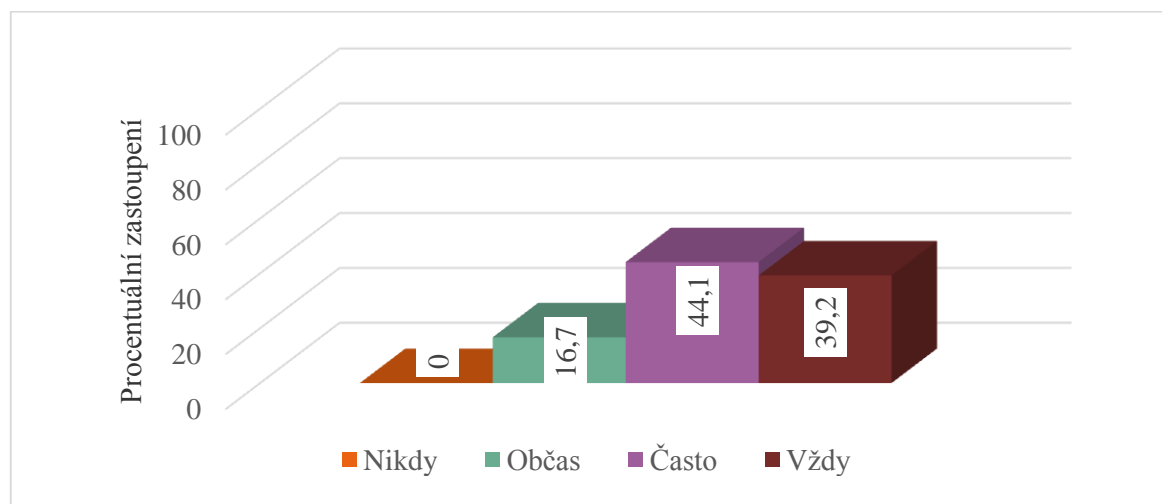
| | n | % |
|---------------------------|----|--------|
| Nikdy | 3 | 5,3 % |
| Občas | 18 | 31,6 % |
| Často | 31 | 54,4 % |
| Vždy | 5 | 8,7 % |
| Celkový počet respondentů | 57 | 100 % |

Tabulka č. 24 popisuje zastoupení respondentů dle toho, zda se setkali během hospitalizace s doprovodným programem. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří byli hospitalizováni jako doprovod dítěte. Z nich 31 respondentů

uvedlo odpověď často. Druhou nejčtenější odpovědí byla možnost občas, a to v 18 případech. Následovala odpověď vždy, celkem ji zaznamenalo 5 respondentů. Odpověď nikdy uvedli pouze 3 respondenti.

Otázka č. 22) Byli jste spokojeni s prostředím, kde bylo Vaše dítě léčeno? (hluk, čistota)

Graf č. 25 Spokojenost s prostředím



Graf č. 25 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 22. Možnost nikdy se neobjevila ani v jednom případě. 16,7% respondentů bylo s prostředím spokojeno občas. Vždy bylo spokojeno celkem 39,2% oslovených. Nejčtenější uváděná možnost byla často a to ve 44,1%.

Tabulka č. 25 Spokojenost s prostředím

| | n | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Nikdy | 0 | 0 % |
| Občas | 17 | 16,7 % |
| Často | 45 | 44,1 % |
| Vždy | 40 | 39,2 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 25 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 22. Vždy bylo spokojeno s prostředím léčby dítěte 40 respondentů. Naopak nikdy se neobjevilo ani jednou. Možnost často uvedlo 45 respondentů a 17 dotazovaných označilo položku občas.

Otázka č. 23) Jak velkou roli pro Vás měla v psychické opoře rodina?**Tabulka č. 26** Pocit psychické opory v rodině

| | n | % |
|--|-----|--------|
| Velkou, neocenitelnou, nenahraditelnou | 80 | 78,5 % |
| Žádnou, rodina o tom nevěděla | 15 | 14,7 % |
| Více mi pomohl zdravotní personál (lékaři, sestry, psycholog) | 5 | 4,9 % |
| Přiměřenou | 2 | 1,9 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 26 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů odpovídající na otázku č. 23. K této otázce jsem nedělala graf, neboť otázka byla otevřená a tabulka je jakýmsi souhrnem odpovědí. Z tabulky lze vyčíst, že rodina byla nepochybně oporou na prvním místě u 78,5% respondentů. U 14,7% respondentů se objevila odpověď, že rodina byla srovnatelnou oporou se zdravotnickou podporou. Ve 3,9% měli rodiče pocit, že jim více pomohl zdravotní personál. Jinou odpověď zvolilo 2,9% respondentů, kde dokonce jeden respondent uvedl, že mu největší oporou byl internet.

Otázka č. 24) Co konkrétně jste sami cítili jako nejdůležitější pro svou psychickou pohodu?

Tabulka č. 27 Konkrétní výčet faktorů ovlivňujících psychickou pohodu

| | n | % |
|---------------------------------------|-----|--------|
| Uspokojivý zdravotní stav dítěte | 41 | 40,2 % |
| Informace, přístup a péče zdravotníků | 26 | 25,6 % |
| Ostatní rodiče na oddělení | 14 | 13,8 % |
| Rodina a přátelé | 9 | 8,8 % |
| Spánek a klid | 6 | 5,8 % |
| Prostředí nemocnice | 6 | 5,8 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 27 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů odpovídající na otázku č. 24. K této otázce jsem nedělala graf, neboť otázka byla otevřená a tabulka je jakýmsi souhrnem odpovědí. V nejvíce případech bylo uvedeno, že pro svou psychickou pohodu respondenti potřebovali i pohodu dítěte a jeho dobrý zdravotní stav. Druhou nejčastější odpovědí byli informace, přístup a péče zdravotníků, což uvedlo 25,6% rodičů. Dále se u 13,8% respondentů objevovalo, že pro svou psychickou pohodu potřebují komunikaci s ostatními rodiči, co mají podobné problémy. Respondenti pak uváděli v 8,8% odpověď rodina a přátelé. Spánek a klid pro svou pohodu potřebuje 5,8% rodičů a stejný počet respondentů napsalo prostředí nemocnice.

Otázka č. 25) Co Vás během hospitalizace dítěte dovedlo nejvíce rozzlobit, rozladit?

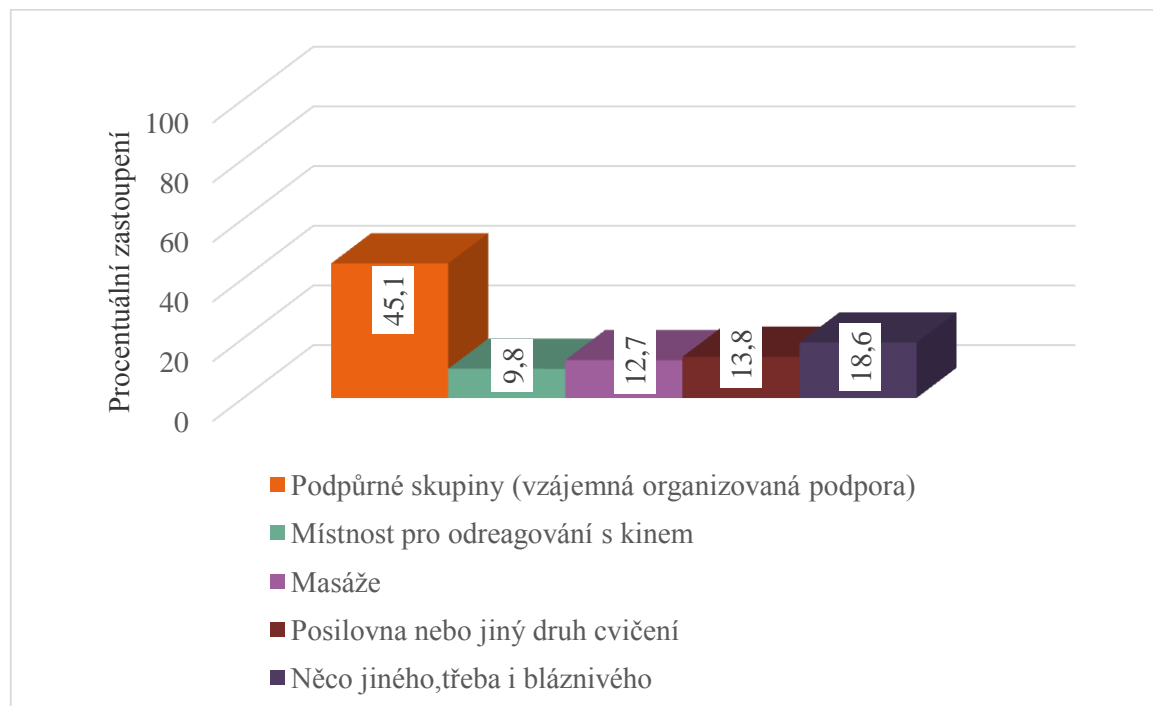
Tabulka č. 28 Pocit rozladění

| | n | % |
|--|-----|--------|
| Jiné důvody | 36 | 35,5 % |
| Neinformovanost, nedostatek komunikace | 21 | 20,6 % |
| Neprofesionální přístup lékařů | 15 | 14,7 % |
| Režim pracoviště a vybavení | 13 | 12,7% |
| Bezmoc | 10 | 9,8 % |
| Neprofesionální přístup zdravotních sester | 7 | 6,9 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 28 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů odpovídající na otázku č. 25. K této otázce jsem nedělala graf, neboť otázka byla otevřená a tabulka je jakýmsi souhrnem odpovědí. Nejvíce preferovanou odpovědí bylo v 35,5%, že respondentů za hospitalizace rozladily různé důvody, jakými byly tvrdé křeslo, pomalý internet, nemožnost být samostatně na pokoji, zákaz kouření po desáté hodině večer nebo omezený počet návštěv u lůžka. Další často udávanou odpovědí a to téměř v 20,6% byla neinformovanost a nedostatek komunikace. V 14,7% případů bylo uvedeno, že respondentů rozladil neprofesionální přístup ze strany lékařů. S režimem pracoviště a vybavením bylo nespokojeno 12,7% rodičů. Téměř 10% dotázaných nejvíce rozzlobila bezmoc a 6,9% rodičů dokázal rozladit neprofesionální přístup zdravotních sester.

Otázka č. 26) Napadá Vás něco, co by mohlo zlepšit současný stav poskytované péče a spokojenost rodičů hospitalizovaných jako doprovod dítěte? (co byste si přáli)

Graf č. 26 Návrh na zlepšení poskytované péče



Graf č. 26 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 26. Největší procentuální zastoupení a to 45,1% volilo, že by se dal zlepšit současný stav poskytované péče a to hlavně v podpůrných skupinách. Dalších 9,8% respondentů by bylo rádo za místnost pro odreagování s kinem. Potom 12,7% dotazovaných by jako možnost zlepšení péče vidělo masáže. Posilovnu nebo jiný druh cvičení by uvítalo 13,6% oslovených a 18,6% zvolilo variantu něco jiného, třeba i bláznivého. V této odpovědi měli respondenti možnost se rozepsat, co jiného by si představovali. Objevovaly se zde možnosti jako televize, lepší internet, bazén nebo například psycholog.

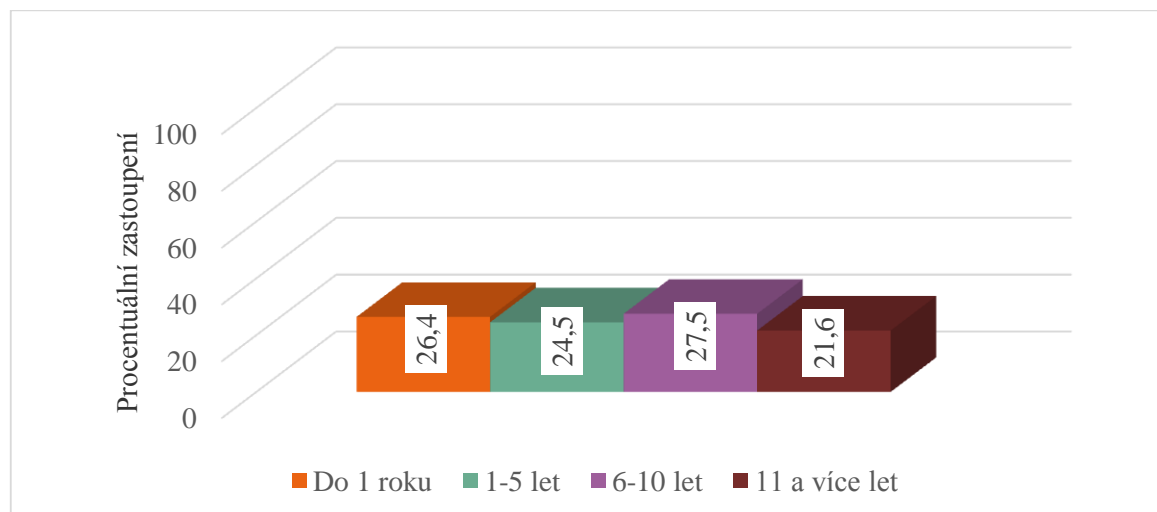
Tabulka č. 29 Návrh na zlepšení poskytované péče

| | n | % |
|--|-----|--------|
| Podpůrné skupiny (vzájemná organizovaná podpora) | 46 | 45,1 % |
| Místnost pro odreagování s kinem | 10 | 9,8 % |
| Masáže | 13 | 12,7 % |
| Posilovna nebo jiný druh cvičení | 14 | 13,8 % |
| Něco jiného, třeba i bláznivého | 19 | 18,6 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 29 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 26. Podpůrné skupiny by uvítalo celých 46 respondentů. To byla také nejčetnější skupina z odpovědí. Druhou nejvíce preferovanou možností bylo něco jiného, třeba i bláznivého, a to v 19 případech. Dalších 14 respondentů uvedlo možnost posilovny nebo jiného druhu cvičení. Stejný počet, tj. 14 oslovených by uvítalo masáže a 10 respondentů by chtělo místnost pro odreagování s kinem.

Otázka č. 27) Věk Vašeho dítěte v období hospitalizace?

Graf č. 27 Věk dítěte



Graf č. 27 vyjadřuje zastoupení respondentů podle věku jejich dítěte za hospitalizace. Z grafu vyplývá, že nejčetnější zastoupení respondentů má dítě ve věkové kategorii 6-10 let a to v procentuálním zastoupení 27,5%. Druhou nejčetnější skupinu vyjadřuje věková kategorie dětí do 1 roku a to v zastoupení 26,4%. Další skupinou dle sestupnosti četnosti se stala věková kategorie dětí 1-5 let s 24,5% a nejnižší zastoupení respondentů má dítě ve věkové kategorii 11 a více let, konkrétně

v procentuální zastoupení 21,6%. Rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi dětí, jak lze z grafu vyčíst, jsou však velmi malé.

Tabulka č. 30 Věk dítěte

| | n | % |
|----------------------------------|-----|--------|
| Do 1 roku | 27 | 26,4 % |
| 1 – 5 let | 25 | 24,5 % |
| 6 – 10 let | 28 | 27,5 % |
| 11 a více let | 22 | 21,6 % |
| Celkový počet respondentů | 102 | 100 % |

Tabulka č. 30 popisuje zastoupení respondentů podle věku jejich dětí čase vyplňování dotazníku v celkovém souboru. Z tabulky vyplývá, že nejnižší zastoupení respondentů má dítě ve věkové kategorii 11 a více let. Následuje zastoupení respondentů ve věkové kategorii dítěte 1-5 let s celkovým počtem 25 respondentů. Nejčetnější zastoupení respondentů má dítě ve věkové kategorii 6-10 let, jedná se o 28 respondentů. Věková kategorie dětí do 1 roku je na druhém místě pouze s rozdílem 1 respondenta tzn., že respondentů, jejichž dítě je ve věkové kategorii do 1 roku, je 27.

6 Diskuze

V této kapitole bych se ráda zamyslela nad některými fakty, které jsem během výzkumného šetření zjistila. Operace dětí, zvláště potom, týkají-li se hlavy nebo mozku, jsou v povědomí lidí považovány za velmi náročné a rizikové zákroky. Ve skutečnosti tomu, tak i je. Takové operace jsou velmi specifické, trvají mnoho hodin a nesou s sebou možnost vzniku závažných, někdy i nevratných komplikací. Mnohdy ovšem není jiné možné řešení onemocnění dítěte. Rodiče jsou potom nuceni učinit za dítě nelehké rozhodnutí související s operačním zákrokem, pokud se nejedná o výkon provedený z vitální indikace. Pooperační průběh je velice náročný, jak pro dítě, tak i pro rodiče, kteří celou situaci vnímají jako stresující zážitek, nehledě na to, zda jsou hospitalizováni jako doprovod dítěte nebo ne. V této diplomové práci jsem se zaměřila na hospitalizaci dětí a její průběh z pohledu jejich rodičů.

Respondenty přijaté s dítětem do nemocnice tvořily z 87,7% ženy, zbylá procenta jsou muži, s tím, že ve dvou případech se během hospitalizace maminky střídaly s tatínky. Toto zjištění nás může utvrdit v tvrzení z odborné literatury, že pro malé děti jsou nejdůležitější právě matky, které na sebe přebírají veškerá úskalí související s hospitalizací a nemocí samotnou. Dalším důvodem, proč v nemocnici častěji bývají hospitalizované maminky, může být skutečnost související s výdělečnou činností, kdy muži vydělávají peníze a ženy se starají o rodinu, domácnost nebo jsou na mateřské dovolené. Působícím faktorem může být i skutečnost, že matky, které jsou doma s dětmi, znají lépe jejich potřeby a ví, jak na ně správně působit. Ve výzkumném vzorku najdeme i maminky starších dětí hospitalizovaných jako doprovod dítěte, neboť toto pracoviště umožňuje pobyt rodičům dětí všech věkových kategorií. Jen výjimečně se stává, že oddělení nemá volnou kapacitu pro doprovod. V takových případech je možné využít nemocniční ubytovnu pro hospitalizované děti.

Dítě v nemocnici potřebuje mít nějakou oporu, kterou dokážou poskytnout nejlépe rodiče. Někdy tuto podporu poskytují prarodiče, či dokonce chůvy. Pokud tomu tak není, děti prožívají velké trápení. Věci a skutečnosti, které mohou připadat dospělým jedincům jako maličkosti, mohou pro malé děti být nepředstavitelným negativním zážitkem. I to mohlo být důvodem ke vzniku péče zaměřené na rodinu. Dobrý psychický stav dítěte, který zajistíme nepřetržitým kontaktem s rodiči, je velmi důležitým faktorem vedoucím k uzdravení malého pacienta. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 102 rodičů věkového rozhraní 20-56 let, větší část tvořily ženy, z čehož vyplývá, že ženy jsou ochotnější spolupracovat a hovořit o nemoci dítěte.

Graf č. 4 nás přesvědčuje o tvrzení, že možnost nabízená rodičům, tj. hospitalizace spolu s dítětem, je velmi prospěšná a napomáhá lépe zvládnout danou zátěžovou situaci. Téměř 95% respondentů odpovědělo, že hospitalizace spolu s dítětem pro ně

byla po psychické stránce velmi přínosná. Nikdo z respondentů neodpověděl ne, hospitalizace by byla v pořádku i bez mé přítomnosti. Stává se pouze výjimečně, že by na tomto pracovišti bylo hospitalizované dítě bez doprovodu. Výjimkou jsou děti z různých sociálních zařízení a někdy ze sociálně slabých rodin. Rodiče si dobře uvědomují, co pro své děti znamenají. Ve většině případů mají velký zájem o společnou hospitalizaci s dítětem, kde si mohou na vše dohlédnout a současně být svému dítěti oporou. Faiereislová (2009) ve své diplomové práci došla k závěru, že sestry z dětského standardního oddělení vnímají rodiče jako pomoc při své práci, zatím co sestry z JIP preferují uzavřené oddělení bez rodičů.

V otázce, který z rodičů snáší lépe psychickou zátěž spojenou s hospitalizací jejich dítěte, je odpověď jednoznačná, tatínkové. Podíváme-li se na graf a tabulku č. 13 zjistíme, že vždy prožívaly stres ženy v dvakrát vyšším počtu než muži. Musím zdůraznit, že z 25 žen, které uvedly toto tvrzení, bylo 23 žen (92%) hospitalizovaných jako doprovod dítěte, což může výrazně ovlivnit psychický stav rodiče. Z mužů byli dva hospitalizovaní, tedy 16,7%, co uvedli také zatížení. K zamyšlení zůstává charakter každého člověka, jakož to individua. Někdo snáší lépe pobyt společně s dítětem v nemocnici, kde má dohled nad vším, co se děje. Jinému pohled na trápení a bolest dítěte působí velmi stresující stavy, raději tedy vše sleduje z domova, kdy dítě podporuje svými návštěvami. Důležitou roli hraje také předchozí zkušenost respondenta s hospitalizací dítěte nebo onemocněním samotným. Zajímavá by mohla být studie zaměřená na souvislost psychického zatížení rodičů s věkem dítěte. Předpokládám, že čím je dítě menší, tím je pro rodiče situace obtížnější. Vhodná by byla i otázka na znalost metod pomáhajících překonat zátěžovou situaci.

Výzkum provedený v Praze roku 2012 týkající se zvládání zátěže u rodičů dětí po transplantaci ledviny přináší statisticky významné rozdíly ve vnímání stresu matkami a otci. V tomto výzkumu se uvádí, že rodiče ve skupině rozvedených rodin stresové situace nesou hůře, matky zvládají stres hůře než otcové a matky s vyšším vzděláním vnímají více stresových faktorů než matky se vzděláním nižším. (Lukacková, 2012)

Informovanost respondentů ze strany lékařů je velice zajímavým tématem a poukazuje na stále dokola řešené nedostatky v poskytování informací. Tento problém není středem zájmu pouze zkoumaného pracoviště, ale většiny zdravotnických zařízení. Z výzkumného šetření, grafu č. 5, vyplývá, že lékaři srozumitelně informovali pouze 56,1% a po osobním vyžádání dalších 29,8% respondentů hospitalizovaných jako doprovod dítěte. Z grafu je ale také patrné, že všichni rodiče hospitalizovaní společně s dítětem, byli nějakou formou informováni. Nehospitalizovaní respondenti uvedli v 42,2%, ano, srozumitelně a v 26,7% ano, po osobním vyžádání. Někteří rodiče, konkrétně 13,3% z rodičů, kteří neleželi s dítětem v nemocnici, zvolili variantu ne, nebyli jim poskytnuté informace týkající se ZKD ze strany lékařů. Uvedené si

vysvětlují tak, že o informace zájem neměli nebo jim stačili informace získané od druhého rodiče. Platí tvrzení z odborné literatury o sdělování závažných informací oběma rodičům současně, kde je nezbytné zmínit, že takové informace týkající se pacientů daného pracoviště ve většině případů poskytují onkologové. Získat informace a naději je pro rodiče nemocných dětí takřka to nejdůležitější, co potřebují. Informovat rodinu pacienta je povinnost lékaře, ale podat poskytované informace srozumitelně a s empatickým přístupem je věc druhá. V lékařích vidí respondenti naději a spásu, která většinou bývá neuspokojena právě z důvodu nedostatečné informovanosti a spolupráce s lékaři. V očích rodičů jsou lékaři zachraňující životy nenahraditelní. Informace a komunikace s lékaři se vyskytovali také v otevřených otázkách, kde respondenti uváděli své názory. V otázce, co konkrétně cítili, jako nejdůležitější pro svou psychickou pohodu, se hned za uspokojivým zdravotním stavem dítěte umístila právě komunikace s lékaři, kam nemusí nutně patřit informovanost o zdravotním stavu dítěte. Cituji některé z respondentů:

„Komunikaci s lékaři, které byl opravdu nedostatek, každý chce vědět co nejvíce informací o průběhu léčby a ne jen stát, koukat nebo čekat na zázrak.“

„Nejdůležitější pro mě byla každodenní vizita, kdy jsem chtěla slyšet, co se děje a co se dítě bude!!! Ne vždy jsem ale vizitu zažila, v případě, že jsem byla malému chystat mléko nebo cokoli jiného, prostě v době mé nepřítomnosti lékař jen kouknul na syna a šel. Jako bych vůbec nebyla. Tak to bylo častokrát i v mé přítomnosti a na otázku přišla odpověď v podobě pokrčených ramen.“

„Komunikaci, oceňuji skvělé návštěvní hodiny a pochopení ze strany sestřiček.“

„Komunikaci, která určitě nebyla na úrovni, jakou by lékaři měli poskytovat. Jinak jsme mohli být s dítětem pořád celá rodina, návštěvní hodiny super.“

Také v otázce, co Vás během hospitalizace dovedlo nejvíce rozzlobit či rozladit, se na druhém místě nejčtenějších odpovědí umístila neinformovanost. Cituji některé z respondentů:

„Čekání na informace o dalším průběhu léčby přinášející pocit neuspokojení a beznaděje. Přála bych si více komunikace s lékaři. Dostatek času i informací nám věnoval pouze Mudr. XY, kterému nesmírně děkujeme.“

„Jediné, co mi velmi vadilo v prvních dnech, bylo, že jsem měla pocit, že jsem sama, že mi nikdo nepomůže a neporadí. Hledat si informace skrze jiné rodiče bylo vyčerpávající.“

„Komunikace s některými lékaři během vizity i během dne, ohledně průběžných výsledků prováděných vyšetření.“

„Komunikační bariéra, nezájem o péči o naše dítě.“

„Rozdílnost poskytovaných informací lékaři, jeden poví, že je to tak a druhý onak, třetí neví vůbec Hospitalizace na jednotce intenzivní péči by dle mého laického názoru měla vypadat jinak.“

Uvedené neznámá, že si všichni respondenti stěžovali na komunikaci a informovanost ze strany lékařů, naopak, jsou i tací, co si lékaře chválí a s komunikací během hospitalizace neměli problémy. Tato otázka byla podnětem k tomu, aby rodiče napsali, co dle jejich názoru nebylo v pořádku, a když už ta možnost je, tak proč ne. Někteří rodiče mohou vidět ve špatném obraze už ten fakt, že si o informace musejí žádat sami. Komunikace je ve zdravotnictví jedním ze základních pilířů poskytované péče. Respondenti, jakož to laici, neví, co smí a co ne. V nemocnici se setkávají s novými věcmi, ze kterých mají strach. Z jiného pohledu je jasné, že i lékař je jen člověk a ve svém náročném povolání má spousta práce, která mu může znemožňovat dostatečné poskytování informací z důvodu časového vypětí. Dalším faktorem je individuální přístup lékařů, jejich charakter a motivace pro vykonávání povolání se vším, co k němu patří. Jinou záležitostí jsou požadavky ze strany rodičů kladené na lékaře, každý by byl nejraději, kdyby měl lékaře vedle sebe nepřetržitě a lékař se věnoval pouze jejich dítěti. To je ovšem hodně nereálné i vzhledem k současnému stavu ve zdravotnictví, kdy lékařů je velký nedostatek.

Graf. č. 20 znázorňuje spokojenost respondentů s přístupem lékařů k jejich dítěti, často nebo vždy bylo spokojeno pouze 39,2%. Variantu občas si vybralo 44,1% respondentů, kde dvě třetiny z uvedeného výsledku, tvořili nehospitalizovaní rodiče malých pacientů. Závěr této otázky by mohl být jiný, kdyby na uvedenou otázku odpovídali pouze hospitalizovaní respondenti, neboť je velmi nízká pravděpodobnost, že rodiče, kteří v nemocnici s dítětem nebyli, neodpovídali dle uvážení svých partnerů hospitalizovaných jako doprovod dítěte. Tento výsledek může být ovlivněn tím, že rodiče pečlivě vnímají vše, co se děje kolem jejich dítěte a pravděpodobně by si představovali jinou péči nebo také neví, jak by poskytovaná péče měla vypadat. I přes tento výsledek si většina respondentů lékařů velice váží, protože si uvědomují, že bez nich by stav jejich dětí mohl vypadat úplně jinak. Neurochirurgická pracoviště jsou vysoce specializovanými pracovišti a dovoluji si potvrdit tvrzení celosvětové studie poukazující na jednoznačnou prospěšnost oborové neurochirurgické jednotky intenzivní péče.

Co se týká informací a komunikace s ošetřovatelským personálem, tak jsou výsledky prakticky uspokojivější. Informace týkající se ošetřovatelské péče související se zavedenou zevní komorovou drenáží dostali všichni hospitalizovaní respondenti a 82,2% nehospitalizovaných rodičů, což může být důsledkem prevence poškození pacienta nesprávnou manipulací s drenáží. Stejně jako u informací neposkytnutých lékaři předpokládám, že respondenti odpovídající variantou ne, byli spokojeni s informacemi poskytnutými svými hospitalizovanými partnery. Mezi hospitalizovanými respondenty byli i tací, co uváděli nesrozumitelnost poskytnutých informací. Tady se nabízí možnost znovu se zeptat, pokud je k tomu možnost, nebo s drenáží vůbec nemanipulovat. K zamyšlení ovšem je, zda respondenti, co pro ně byli

informace nesrozumitelné, měli zájem danou problematiku pochopit a zda věnovali pozornost tomu, co sestra nebo jiný ošetrovatelský personál říká. Další otázkou je, zda rodiče měli potřebu mít srozumitelné informace. Jsou i tací, co personálu věří a s odbornými záležitostmi si nechávají poradit. Sestry jako profesionálky by měli být připraveny na opakované dotazy, neboť každý rodič v situaci, kdy vidí své dítě připojené k různým přístrojům a pro ně neznámým hadičkám, nemusí pochopitelně být schopný vnímat poskytované informace. Faiereislová (2009) uvádí ve své diplomové práci pocity sester, že s rodiči nemocných dětí komunikují správně a bez problémů, zatím co respondenti uvedli, že bez problémů je komunikace jen s některými sestrami a jiných se raději ani neptají.

Správnou komunikací a empatickým přístupem se dá dobře předejít i pocitům bezradnosti v souvislosti s péčí o vlastní dítě. Graf č. 15 uvádí, že vždy se cítilo být bezradných 11,8% respondentů s tím, že 10,8% z nich odpovědělo, že byli ošetrovatelským personálem informováni nesrozumitelně v péči o vlastní dítě a zbývajících jeden rodič nebyl informován vůbec. Často se cítilo bezradnými téměř 40% respondentů, což též může vypovídat o nedostatečné informovanosti. Tento pocit ovšem může umocnit také strach z péče o nemocné dítě. Rodiče si často stěžují, že se bojí s čímkoliv kolem dítěte manipulovat, někteří se dokonce bojí během hospitalizace na JIP dítě pochovat. Z výzkumného šetření je patrné, že maminky se cítily častěji bezradnými, což opět může být ovlivněné častější hospitalizací matek ve srovnání s otci. Výpovědi respondentů demonstrují realitu, jak moc chtějí správně podávané informace, a jak jich mají málo. Uvedené lze usoudit i z odpovědí na otevřenou otázku č. 25, které cituji níže:

Co Vás během hospitalizace dítěte dovedlo nejvíce rozzlobit, rozladit?

„Nezájem personálu, bezmoc a nedostatek informací.“

„Bezmocnost, že sama nemůžu situaci ovlivnit, nevím si rady s tím, co smím a co nesmím, špatná nebo nedostatečná komunikace ze strany lékaře i sester.“

„Momentálně si nevzpomínám, nikdo z lékařů, ani personálu, ani rodina – snaha všech, morálně nás podpořit nikam nevedla, pocit bezradnosti a smíšená láska s nenávistí, nikdo si nedovede představit, jaké to je!!! Máte krásné miminko a najednou rána z čistého nebe, dítě upoutané k postýlce připomínající klec na zvíře, pořád pláče, přístroje stále vydávají nějaké zvuky, každý alarm mi na chvíli zastaví srdce. A nejhorší je, že se svého dítěte téměř nesmíte ani dotknout. Kdo nezažil, nikdy nepochopí, i když se tváří, že chápe“

Pokud ovšem vezmeme celkovou spokojenost s přístupem a péčí poskytovanou ošetrovatelským personálem, tak je výsledek přes veškerá úskalí famózní, spokojení byli všichni respondenti. Odpověď často nebo vždy na otázku spokojenosti zvolilo překvapujících 85,3% respondentů a 14,7% volilo možnost občas, viz graf č. 21.

Ošetrovatelský personál je ve srovnání s lékaři s dítětem a jeho rodiči nepřetržitě. Právě oni řeší všemožné trable a nedorozumění. Když mohou, tak i odpoví na dotazy, které mohou rodičům působit velkou zátěž. Každé dobré slovo a příjemný výraz je pro rodiče znamením, že mají naději a vše bude zase dobré. Předpokládám, že odpověď nikdy respondenti nevolili z toho důvodu, že ne všechen personál by si takové hodnocení zasloužil. Pokud by se hodnotili jednotliví zaměstnanci, byl by výsledek zajisté jiný vzhledem k výpovědím v otevřených otázkách.

Tabulka č. 11 znázorňuje, zda byl rodičům poskytnutý dostatečný prostor pro případné dotazy. Odpověď nikdy zvolilo pouze sedm respondentů, jedná se o tatínky, kteří nebyli hospitalizováni jako doprovod dítěte. Uvedené může souviset se stále prodiskutovávanou krizí ve zdravotnictví, kde i zdravotních sester je velký nedostatek. Příčinou může být také nevhodné načasování návštěvy, zejména v časovém horizontu, kdy ošetrovatelský personál je zaneprázdněn jinou prací související s poskytováním péče.

Tabulka č. 12, uvádějící prostor poskytnutý pro vyjádření pocitů a obav říká, že téměř 15% respondentů nedostali vůbec možnost pro vyjádření se. Výsledek by nebyl nijak zarážející, kdyby mezi uvedenými procenty nebylo osm maminek hospitalizovaných jako doprovod dítěte. Z použité literatury je patrné, že nespokojený rodič přenáší své obavy a nervozitu na samotné dítě, čímž může být ovlivněn celý pobyt malého pacienta v nemocnici. Komunikace je pro rodiče tím, co může pomoci ovlivnit jejich psychický stav a zvládnutí dané stresové situace. Je nezbytné, aby rodiče měli důvěru k veškerému zdravotnickému personálu podílejícímu se na péči o jejich dítě. Pokud rodiče své obavy nevyjádří verbálně, neznamená to, že je nemají. Odborníci na svém místě proto mají být schopni poznat, kdy něco není v pořádku.

V dostupné odborné literatuře se dočteme, jak jsou zdravotníci vedeni k poskytování bio-psycho-sociální péče. O tom se můžeme přesvědčit v tabulce a grafu č. 17, kde je zobrazena situace ne příliš uspokojivě. Osm respondentů je toho názoru, že jim nikdy nebyla poskytnuta dostatečná psychická podpora ze strany zdravotnického týmu a současně tito rodiče uvedli, že jim ani nebyla nabídnuta odborná psychologická pomoc, o kterou by měli velký zájem. Téměř 40% respondentů nabylo dojmu, že jim psychická podpora ze strany zdravotníků byla poskytnuta jen občas. To se dá vysvětlit tím, že mnoha respondentům byla poskytována psychická podpora vlastní rodinou. Téměř 90% respondentů uvedlo, že jim psychickou oporou byla i rodina. Pouhé 4% z rodičů označili možnost, důležitější byla opora od zdravotníků, čímž se zamítá hypotéza č. 1. Po pečlivém uvážení jsem dospěla k závěru, že zdravotníci jsou velmi důležití pro rodiče nemocných dětí, ale nedokážou poskytnout to, co vlastní rodina. Někomu blízkému se jedinec otevře snáze, může ho obejmout a s klidným svědomím si poplakat. Tabulka č. 26 uvádí odpovědi na otázku, jak velkou roli měla

v psychické opěře rodina. Rodina byla nepochybně oporou na prvním místě u 78,5% respondentů. U 14,7% respondentů se objevila odpověď, že rodina byla srovnatelnou oporou se zdravotnickou podporou. Ve 3,9% měli rodiče pocit, že jim více pomohl zdravotní personál. Jinou odpověď zvolilo 2,9% respondentů, kde dokonce jeden respondent uvedl, že mu největší oporou byl internet. Tato odpověď může opět souviset s poskytováním informací, kdy si rodič vše raději najde na webu.

Diskutabilní je i výsledek grafu č. 23, kde více než polovina z rodičů, kteří byli hospitalizováni, jako doprovod nemocného dítěte uvedli, že často byla vyžadována velká část péče o dítě po nich. Všichni tito rodiče současně odpověděli, že nikdy nebo jen občas měli během hospitalizace čas na své potřeby, což znázorňuje tabulka č. 22. Takovéhle vnímání situace ze strany rodičů mohl umocnit fakt, že byli s dítětem 24 hodin denně. Během hospitalizace se o nemocné dítě má starat zdravotnický personál a poskytovat ošetrovatelskou péči. Souhlasem s pobytem u lůžka dítěte se rodič sám aktivně zapojuje do procesu terapie malého pacienta. Každé dítě vnímá mnohem lépe, když mu s každodenními činnostmi pomáhá matka, kterou zná, než někdo cizí. Také je možné, že tato otázka nebyla dobře pochopena, neboť si nedovedu představit, co by rodiče po dobu hospitalizace v nemocnici se svým vlastním dítětem chtěli dělat.

K otevřené otázce č. 24, *co konkrétně jste sami cítili jako nejdůležitější pro svou psychickou pohodu*, jsem v tabulce č. 27 seřadila v bodech odpovědi dle jejich četnosti. V nejvíce případech bylo uvedeno, že pro svou psychickou pohodu respondenti potřebovali i pohodu dítěte a jeho dobrý zdravotní stav. Druhou nejčastější odpovědí byly poskytované informace, přístup a péče zdravotníků, což uvedlo 25,6% rodičů. Dále se u 13,8% respondentů objevovalo, že pro svou psychickou pohodu potřebují komunikaci s ostatními rodiči, co mají podobné problémy. Respondenti pak uváděli v 8,8% odpovědí rodina a přátelé. Spánek a klid pro svou pohodu potřebuje 5,8% rodičů a stejný počet respondentů napsalo prostředí nemocnice. Níže cituji odpovědi rodičů, které ještě nebyly uvedeny.

„Nejdůležitější byl zdravotní stav našeho dítěte, všechno ostatní mi bylo jedno. Personál až na výjimky perfektní. Možnost být s dítětem nepřetržitě“

„Nejdůležitější vždy byl a bude můj syn, ale hodně mi pomohla i rodina a veškerý personál kliniky. To, že se jedna sestřička mračí, zachrání jiná, tím, že se směje, ale kdyby se něco stalo mému dítěti, kdyby lékaři něco zvorali, tak to už nespraví nikdo.“

„V pohodě jsem nebyla a vůbec jsem na sebe nemyslela. Žiju jen pro své dítě. Večerní sprcha, bylo to, co ze mě ten den vždycky smylo.“

„To, že se svou dcerou můžu být pořád, nikdo mě nikam nevyhazuje a nádherné prostředí nemocnice.“

„Nejdůležitější bylo slovo lékaře, celé dny jsem se těšila jen na vizitu a výsledky. Lékaři jsou machři a smekám před tím, co tady dokážou“

„Hlavně to že mé ostatní děti jsou v bezpečí a má se o ně kdo postarat a pak bylo velmi důležité chování a přístup personálu. Všichni mi hodně pomáhali a byli vždy schopni a hlavně ochotni pomoci a i vyslechnout.“

„Že se po zavedení ZKD dítěti viditelně ulevilo. Jinak návštěvy rodiny a pochopení personálu a spolubydlících. Možnost jít si zakouřit...“

„Zdravotní stav dítěte. Výjimečné a vyhovující návštěvní hodiny. Ochotný a obětavý personál, v rámci možností klid.“

„Není to nemocnice jako znám já, že nemůžou pacienti ven, tam jsem si já ani dcera jako v nemocnici nepřipadala, jelikož se mohlo ven, a v areálu nemocnice jsou krámky, cukrárna takových nemocnic by mělo být víc.“

„Psychický stav dítěte, dobře odvedená práce lékařů, výborný ošetrovatelský personál, chybělo mi soukromí, důležitý také byl klid a možnost se v tichosti vyspat, jinak návštěvní hodiny úplně nejlepší.“

„Mít, co nejvíce informací o průběhu hospitalizace, o stavu dítěte; možnost ptát se ošetrovatelského personálu. Bylo pouze pár sester, které byly vždy ochotny vyslechnout a trochu uklidnit, byly ochotny stále dokola vysvětlovat a pomáhat a být k dispozici nejen dětem, ale i rodičům a to v jakoukoli hodinu.“

„Je to jenom o zdravotním stavu dítěte, tedy jakákoli pozitivní či kladná zpráva o jeho zdravotním stavu. Kvalitní a otevřená komunikace s lékaři, empatický přístup zdravotních sester.“

Z uvedeného je patrné, že každý má svůj vlastní názor a možnost vyjádřit ho je povzbuzující zpětnou vazbou, ale i úlevou a zhodnocením poskytované péče. Zdravotní stav dítěte na prvním místě není vůbec překvapujícím výsledkem. Z vlastní zkušenosti vím, že mnoho rodičů je pro své dítě schopné obětovat úplně všechno. I přes zjištěné nedostatky v podávání informací, jsou lékaři pro rodiče dítěte nepostradatelnou složkou v celém procesu, možná bych se nebála říct, že jsou hlavní složkou celé hospitalizace. Každý dělá to, co umí nejlépe. Lékaři zvládnou perfektně operace, následnou terapii a ošetrovatelský personál zajistí všechno ostatní, včetně uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného včetně jeho rodiny. Opět je důležité zmínit každého zdravotníka jako individuálního jedince s individuálním přístupem a charakteristickými vlastnostmi. Opomenout by se neměly ani vnitřní a vnější motivace pro výkon povolání. Motivace je širokým tématem a bylo by zajímavé zjistit, jak jsou zdravotníci motivováni pro svoji profesi, nebo co je pro ně demotivující. V úvahu je možné vzít i potenciální riziko vzniku syndromu vyhoření.

Mnoha respondentům hodně pomáhají zvládnout danou zátěžovou situaci přátelé a blízcí, ale také rodiče mající podobné problémy. V této souvislosti rodiče oceňují bezchybné návštěvní hodiny, kdy mohou uspokojit i své potřeby (třeba si jít zakouřit). Popovídat si s někým, přeci jenom jsou celé dny jen s dítětem. Návštěvy jim mohou dát to správné odreagování od celé situace, i kdyby třeba jen na chvíli. Pokud

se jedná o starší děti, tak i oni uvítají návštěvy v podobě svých vrstevníků. Někteří respondenti byli nespokojeni s tím, že u lůžka dítěte na JIP mohou být pouze dva lidi. Není ovšem zakázáno, aby se návštěvy u lůžka během chválených návštěvních hodin vystřídal. Všechno má samozřejmě svůj důvod a toto pravidlo není výjimkou. Děti i rodiče potřebují klid. To, že jednomu na pokoji je dobře, neznamená, že i druhý uvítá větší množství lidí na pokoji. Hlavním důvodem je potom prevence vzniku infekce u oslabených dětí po chirurgických výkonech s různým množstvím invazivních vstupů. Nakonec je vhodné zmínit prostory jednotek intenzivní péče, které nejsou uzpůsobeny pro větší množství lidí.

K otevřené otázce č. 25, *co Vás během hospitalizace dítěte dovedlo nejvíce rozzlobit, rozladit*, jsem v tabulce č. 28 seřadila v bodech odpovědi dle jejich četnosti. Nejvíce preferovanou odpovědí bylo v 35,5%, že respondenta za hospitalizace rozladily různé důvody, jakými byly tvrdé křeslo, pomalý internet, nemožnost být samostatně na pokoji, zákaz kouření po desáté hodině večer nebo omezený počet návštěv u lůžka. Další často udávanou odpovědí a to téměř v 20,6% byla neinformovanost a nedostatek komunikace. V 14,7% případů bylo uvedeno, že respondenta rozladil neprofesionální přístup ze strany lékařů. S režimem pracoviště a vybavením bylo nespokojeno 12,7% rodičů. Téměř 10% dotázaných nejvíce rozzlobila bezmoc a 6,9% rodičů dokázal rozladit neprofesionální přístup zdravotních sester. Níže cituji odpovědi rodičů, které ještě nebyly uvedeny.

„Arogance některých lékařů současně s opovržením sester. Doprošování se čehokoli. Sestřičky, vyjma dvou, byly značně neprofesionální. Každá si prosazovala svůj názor. Potíž byla v tom, že každá říkala něco jiného.“

„Bezmocnost, že sama nemůžu situaci ovlivnit, špatná nebo nedostatečná komunikace ze strany lékařů, né ale všech, dva byli vždy milí a obětaví.“

„Pouze dva lidi u lůžka na jip, ikdyž jsem tam byla sama s dítětem. Jinak lékaři i sestřičky i pomocný personál naprosto úžasný. Jen někdy přehnaně dbají na dodržování režimu. Jedna vám to dovolí, druhá zakáže, zbytečně.“

„Přítomnost dalších dětí, ne v dobrém stavu, na pokoji. Jinak vše bylo v pořádku, nejlepší nemocnice, co jsme zažili.“

„Suchý vzduch a tvrdé křeslo. Pomalý internet a televize jen na JIP“

„Viditelná neochota některých sester, např. když se něco dělo s dítětem a bylo vidět, že je přítomnost a dotazy rodičů obtěžují! Rodič dítěte je v pokoji s dítětem separován od okolí a jediná možnost sociálního kontaktu je někdy jen ošetrovatelský personál, a toho by si měli být sestry vědomy.“

„Strašně malé prostory, málo místa na věci, zákaz spaní přes den. Jinak personál ve srovnání s jinými nemocnicemi úžasný.“

Z uvedeného vyplývá, že rodiče, kteří měli možnost napsat něco, s čím byli nespokojeni, tak správně využili situace. Ráda vedení daného pracoviště seznámím s nedostatky, jakými jsou tvrdá křesla, pomalý internet, nesamostatné pokoje, suchý vzduch nebo televize pouze na JIP. Otázkou zůstává, jak moc tyto podněty mohly respondenty rozladit v porovnání třeba s možným zhoršením zdravotního stavu dítěte, zákazu pobytu u lůžka dítěte, pobyt na ubytovně během hospitalizace, úplný zákaz návštěv nebo opouštění oddělení za účelem uspokojení vlastních potřeb. Předpokládám, že celkově byli rodiče během pobytu jejich dítěte v nemocnici spokojeni, jinak by uvedli závažnější důvody, než jsou tyto. Ke všem ostatním citovaným bodům jsem se již v rámci diskuze vyjádřila.

Výstupem této práce je návrh na vypracování informační brožury s nejčastějšími a zásadními dotazy pro rodiče dětí se ZKD, mimo jiné i s odkazy na psychickou podporu. Ti by si mohli v klidu přečíst, co je čeká, co smí a co ne, čímž by se mohl eliminovat jejich strach a obavy o nemocné dítě. Pod tlakem negativních emocí jedná každý nepřiměřeně, takové reakce mohou být mnohdy neadekvátní prožívané situaci. Prožívání stavů spojených s nepříjemnými událostmi je zcela subjektivní záležitost. Vedoucí pracovníci byli seznámeni s výsledkem výzkumného šetření, vhodné by bylo zavedení takových opatření, které by vedly ke zlepšení současně poskytované péče, např. automatické nabízení odborné psychologické pomoci, zajištění dostatečného množství personálu, aby se lékaři mohli věnovat i komunikaci s rodinou nemocného, zajištění odborného kurzu či školení zaměřeného na zjištěné nedostatky. Dále pravidelné supervize a kontroly změny současného stavu.

7 Závěr

Záměrem závěrečné práce bylo nahlédnout do problematiky psychické zátěže rodičů dětí se zavedenou zevní komorovou drenáží hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče. Za tímto účelem jsem stanovila několik výzkumných cílů a hypotéz. K získávání informací jsem použila elektronickou formu dotazníkového šetření. V analýze výsledků jsem podrobně zhodnotila jednotlivé otázky, na které jsem se v dotazníku zaměřila. Dotazník byl zcela anonymní, a předpokládám, že to byl podnět k tomu, aby se rodiče nebáli žádné odpovědi. Dalším faktorem mohla být skutečnost, že na otázky odpovídali až po té, co jejich dítě bylo propuštěno domů, tudíž nehrozilo žádné potenciální riziko z možné kritiky pracoviště či zaměstnanců. Z výzkumného šetření jsem se velice poučila a v případě zpracovávání nějaké další práce, bych pokládala otázky jiným způsobem, kde bych upřednostnila otevřené otázky, a to i přes jejich výrazně náročnější zpracování. Také bych zařadila otázku týkající se vzdělání respondentů, která by mohla přinést zajímavé zjištění.

Hlavním cílem práce bylo zjistit celkovou spokojenost rodičů s přístupem a prací odborníků na příslušné jednotce intenzivní péče. S přístupem lékařů k dítěti byli respondenti v 39,2% spokojeni vždy nebo často a v dalších 44,1% občas. V otázce č. 2 rodiče v 50% (je třeba brát v úvahu rodiče hospitalizované jako doprovod a rodiče nehospitalizované viz tabulky, grafy a diskuze) odpověděli, že jim byly informace poskytnuty lékařem srozumitelně. Dalších 28,4% respondentů uvedlo možnost ano, po osobním vyžádání. Ostatní dotázaní rodiče byli informováni nesrozumitelně nebo vůbec. S péčí o ZKD byli rodiče ošetrovatelským personálem seznámeni srozumitelně v 65,6%, dalších 15,6% respondentů po osobním vyžádání a ostatní dotázaní označili variantu nesrozumitelně či vůbec. Rodiče v 71,5% považují ošetrovatelský personál za empatický často nebo vždy a v 23,6% občas. Všichni respondenti byli spokojeni s přístupem a péčí poskytovanou ošetrovatelským personálem, z toho 85,3% často nebo vždy. V otázce č. 9 rodiče uvedli, že v 85,3% měli možnost vyjádřit své pocity a obavy. Graf a tabulka č. 17 znázorňují, že v 54% se respondentům dostávalo ze strany zdravotnického týmu vždy nebo často dostatečné psychické podpory a v dalších 38,2% občas.

Prvním výzkumným cílem bylo zmapování, co by dle rodičů malých pacientů mohlo zlepšit současný stav poskytované péče. V otázce č. 26 se rodiče mohli k tomuto cíli vyjádřit konkrétně, 45,1% si myslí, že by současný stav poskytované péče mohly vylepšit podpůrné skupiny, 18,6% respondentů označilo možnost něco jiného, třeba i bláznivého, kde se objevovaly názory jako, psycholog, televize na každém pokoji a jiné. Další nejčtenější možností byla zvolena posilovna nebo jiný druh cvičení, potom masáže a místnost pro odreagování s kinem. Současný stav poskytované péče by

samozřejmě mohly zlepšit i ty oblasti, kde je dle výzkumného šetření nějaký nedostatek, např. poskytování informací lékaři.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, co je pro rodiče nemocných dětí nejdůležitější v souvislosti s jejich psychickým stavem. Odpověď přehledně nalezneme v tabulce č. 27 vztahující se k otázce č. 24. Nejvíce respondentů bylo ve skupině uspokojivý zdravotní stav, konkrétně 40,2% dotázaných rodičů. Dále pak převažovali s 25,6% odpovědi zahrnující informace, přístup a poskytovanou péči. Pro mnohé byli důležití i ostatní rodiče na oddělení, kteří měli podobné problémy nebo dítě s podobným onemocněním, a to v 13,8%. V 8,8% byli důležití pro rodiče malých pacientů přátelé a rodina. Ve shodném počtu odpovědí, konkrétně 5,8%, se nacházela tvrzení ve skupinách, prostředí nemocnice, spánek a klid.

Posledním cílem bylo navrhnout na podkladě výzkumného šetření možná opatření ke zlepšení současného stavu. Na základě analýzy získaných dat se domnívám, že by bylo vhodné zavést informační brožuru s nejčastějšími dotazy pro rodiče dětí se zevní komorovou drenáží. Tak by si mohli v klidu přečíst, co je čeká, co smí, co nesmí, a tím by se eliminoval jejich strach a obavy o nemocné dítě. Vedoucí pracovníci kliniky by měli zvážit možná opatření vedoucí ke zlepšení současného stavu, např. automatické nabízení odborné psychologické pomoci, zajištění dostatečného množství personálu, aby se lékaři mohli věnovat více komunikaci s rodinou nemocného, povinný odborný kurz či školení zaměřený na podávání informací a poskytování psychické podpory, pravidelné supervize a kontroly změny stavu. Dále doporučuji pro další studii, zaměřit se na personál dané kliniky s cílem zjistit, jak oni vnímají rodiče u lůžka dítěte s drenáží. Vhodné by bylo i porovnání, jak situaci vidí hospitalizovaní rodiče jiných klinik s dítětem na jednotce intenzivní péče, samozřejmě by byly stejné podmínky, aby se předešlo zkreslení výsledků.

Hypotéza č. 1, *lze očekávat, že zdravotnický personál poskytuje bio-psycho-sociální péči, a tak je pro rodiče nemocného dítěte větší psychickou oporou než rodina*, nebyla potvrzena. Z grafu č. 19 je jednoznačné, že opora od zdravotnického personálu nebyla pro respondenty důležitější než podpora blízkým okruhem rodiny. Tuto skutečnost znázorňuje i tabulka č. 26, kde jsou zaznamenány odpovědi respondentů na otevřenou otázku č. 23. Rodiče malých pacientů v 80% uvedli, že rodina má pro ně v psychické opoře velkou, neocenitelnou či nenahraditelnou roli.

Hypotéza č. 2, *lze očekávat, že zdravotnický personál poskytne potřebný prostor pro vyjádření pocitů rodičů nemocného dítěte a plnění jejich vlastních potřeb*, byla potvrzena. Vypovídá o ní graf a tabulka č. 22, kde odpovídali pouze hospitalizovaní respondenti, zda měli během hospitalizace čas i pro své zájmy. Odpověď nikdy zvolilo 36,7% rodičů, zatím co varianty občas, často nebo vždy uvedlo 63,3% respondentů. S tím, že možnost občas tvořilo z uvedeného 35,1% odpovědí. Dále se k této hypotéze

vztahuje otázka č. 9, kde 85,3% respondentů se ztotožňuje s tvrzením, že vždy, často nebo občas měli možnost vyjádřit své pocity a obavy.

Hypotéza č. 3, *lze předpokládat, že rodiče dětí se zevní komorovou drenáží mají ze strany zdravotníků veškeré informace, které potřebují*, byla potvrzena. K problematice informovanosti respondentů se vztahují otázky č. 2, 3, 4, a 5. U druhé otázky odpovědělo sice pouze 56,1% rodičů hospitalizovaných jako doprovod dítěte, že jim byly lékařem srozumitelně poskytnuty informace týkající se ZKD, ale dalších 29,8% respondentů zvolilo tvrzení ano, po osobním vyžádání. Rodiče, kteří nebyli hospitalizovaní jako doprovod malého pacienta, uvedli ano, srozumitelně, v 42,2% a ano po osobním vyžádání v 26,7%. Otázka č. 3 danou hypotézu také potvrzuje, neboť celkem 65,7% respondentů uvedlo, že byli srozumitelně seznámeni s problematikou týkající se ZKD. V otázce č. 4 respondenti v 70,2% označili tvrzení, vždy nebo často byli informace týkající se ZKD poskytnuté zdravotnickým personálem dostačující. Zda měli respondenti informace, jak zvládnout psychickou zátěž, hodnotili v otázce č. 5, kde odpověď ano zvolilo pouze 34,3% rodičů, ale dalších 31,4% zvolilo variantu ano, po osobním vyžádání.

Hypotéza č. 4, *lze očekávat, že rodiče hospitalizovaných dětí se ocitají v psychicky náročných situacích*, byla potvrzena. Uvedené vyplývá z tabulky a grafu č. 13, které znázorňují, že často nebo vždy pociťovalo psychickou zátěž 73,5% respondentů. V otázce č. 11, kde rodiče hodnotili pocit vyčerpání a únavy, volili rodiče v 61,7% variantu často nebo vždy. Graf a tabulka č. 15 zobrazují pocit bezradnosti rodičů malých pacientů. Přesně 50% respondentů odpovědělo, že se často nebo vždy cítí být bezradní v souvislosti s péčí o vlastní dítě. Dalších 37,2% rodičů se cítilo být bezradnými občas. V otevřené otázce č. 25 se téměř v 10% vyskytovala jako odpověď bezmoc.

Hypotéza č. 5, *lze očekávat, že zdravotnické zařízení zajistí pro dítě odpovídající psychický komfort (klauni, učitelé, dobrovolníci)*, byla potvrzena, neboť v otázce č. 21, kde odpovídali pouze hospitalizovaní respondenti, odpovědělo 63,1% rodičů, že se vždy nebo často během pobytu v nemocnici setkávali s doprovodným programem pro děti. Dalších 31,6% respondentů zvolilo možnost odpovědi občas. Uvedené znázorňuje tabulka a graf č. 24.

Výsledky výzkumného šetření se nedají považovat za reprezentativní, ale dají se dobře použít v rámci kliniky, kde byl výzkum proveden. Zejména ke zhodnocení kvality poskytované péče. Sestry, lékaři i vedení kliniky, mohou po seznámení se s výsledky dostat konkrétní a možná vůbec první validní zpětnou vazbu. Dále se dají využít k zavedení nápravných opatření v problémových oblastech. Výsledky poukazují na reálné existující problémy, kterými je potřeba se zabývat.

Seznam použité literatury

ANDERSON C.O. Tsang and GILBERTO K.K. Leung (2012). External Ventricular Drain Infections, Hydrocephalus, Dr Sadip Pant (Ed.), ISBN: 978-953-51-0162-8, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/hydrocephalus/external-ventricular-drain-infections>

ATKINSONOVÁ, Rita L. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 863 s. ISBN 80-856-0535-X.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.

BERÁNKOVÁ, Žaneta. Etické problémy při hospitalizaci dítěte [elektronický zdroj]. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2011, roč. 2, č. 3, s. ISSN: 1804-2740.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000, 127 s. Edícia učebníc pre stredné zdravotnícke školy. ISBN 80-8063-050-x.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. *Pediatrické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. prep. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 208 s. ISBN 80-8063-211-1.

BRICHTOVÁ, Eva. Mudr. *Dětská chirurgie: Hydrocefalus u dětí* [online]. In: Brno [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-chirurgie/res/file/zaklady-neurochirurgie/hydrocefalus-u-deti.pdf>

BRINDOVÁ, BC., Jana. *Rozvoj soběstačnosti u pacientů s hydrocephalem*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Rozvoj soběstačnosti u pacientů s hydrocephalem. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová.

BROŽOVÁ, Kateřina. *Zvládání zátěže u rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha, 2014. Diplomová práce. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Simona Hoskovcová, Ph.D.

BŮŽEK, A. *Století dítěte a práva dítěte* [online]. 2009 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: <http://www.diccz.org/userfiles/les/fi le/ sdpd.pdf>

CABAJOVÁ, Veronika a BÁRTLOVÁ, Sylva. Hospitalizace dítěte z pohledu doprovázející osoby. *Pediatric pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 3, s. 196-197. ISSN: 1213-0494.

ČIHÁK, Radomír, DRUGA, Rastislav a Miloš GRIM. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-1132-4.

ČIHÁK, Radomír, Miloš GRIM a Oldřich FEJFAR. *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3817-8.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2000, 254 s. ISBN 80-717-8475-3.

DATTA, Parul. *Pediatric nursing*. New Dehli: Jaypee Bros, 2007. ISBN 8180619702.

Dětská onkologie: Syndrom intrakraniální hypertenze [online]. Brno: Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity, 2016 [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-onkologie/index.php?pg=obecna-onkologie--nahle-prihody--neurologicke-nahle-prihody--sikh>

DORKOVÁ, Z., ŠRAHŮLKOVÁ, K. Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí. In *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. Recenzovaný sborník příspěvků z konference*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010. 165 s. ISBN 978-80-87347-03-4

DRUGA, Rastislav, Miloš GRIM a Petr DUBOVÝ. *Anatomie centrálního nervového systému*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-706-6.

DUŠKOVÁ, M. Hlazení duše v bolesti. *Rodina.cz* [online] (C) 1999-2016 [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek987.htm>

DYLEVSKÝ, Ivan. *Anatomie dítěte: nipoanatomie*. Vyd. 1. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2014-. ISBN 978-80-01-05094-1.

ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.

FAIEREISLOVÁ, Marta. *Hospitalizace rodičů spolu s nemocným dítětem z pohledu zdravotní sestry*. Praha, 2009. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

FURMAN, Ben. *Nikdy není pozdě na šťastné dětství: jak překonat minulost*. Vydání první. Praha: Portál, 2015, 119 stran. ISBN 978-80-262-0820-4.

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN 80-7184-890-5.

HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-05-5.

HRNČÍŘ, Karel. *Psychická zátěž*. Vyd. 1., Rožnov pod Radhoštěm: RoVS - Rožnovský vzdělávací servis, 2007, 78 s., ISBN 978-80-254-2482-7.

HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.

HROUDOVÁ, Šárka. Fyzická a psychická zátěž u sester na jednotkách intenzivní péče. Praha, 2011. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Vedoucí práce Eislerová, Iva.

HUŠŤAVOVÁ, Lucia. Psychologické následky chirurgického zákroku v detstvom veku. *Československá psychologie*, 2007, roč. 51, č. 5, s. 542-546. ISSN: 0009-062X.

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-588-1.

KALA, Miroslav. *Hydrocefalus*. 1. vyd., Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-303-6.

KALA, Miroslav a Jan MAREŠ. *Lumbální punkce a mozkomíšní mok.*, 1. vyd., Praha: Galén, 2008, 137 s. ISBN 978-80-7262-568-0.

KALINA, Miroslav. Patofyziologie a léčebné možnosti nitrolební hypertenze. *Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 1, ISSN: 1213-1814.

KALLWASS, Angelika. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-997.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4718-309.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KLIMENTOVÁ, Dagmar. Jak to vidí rodiče: Anketa pro rodiče o zkušenostech z hospitalizace jejich dítěte. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, Roč. 2, č. 6, s. 285-287. ISSN: 1801-1349.

KLENER, Jan a ŠOULA, Oldřich. Evakuační výkony, zevní komorová drenáž a dekompresivní kraniektomie jako neurochirurgické možnosti ovlivnění nitrolební hypertenze. *Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 1, ISSN: 1213-1814.

KOČÍ, Markéta a Dana STREITOVÁ, PHDR. Problematika péče o pacienty s intrakraniálním čidlem. In: *Akutně.cz* [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/problematika-pecce-o-pacienty-s-intrakranialnim-cidlem.pdf>

KOPECKÁ, Ilona. Postavení matky hospitalizované s dítětem. *Ošetrovatelství*, 2001, Roč. 3, č. 1/2, s. 46-47. ISSN: 1212-723X.

KOTKAMP-MOTHESES, Nicole, et al. Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical reviews in oncology/hematology*, 2005, 55.3: 213-229. Dostupné z: <http://1url.cz/4vKd>

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. Nejlepší techniky proti stresu. Vyd. 1., Praha: Grada , 2007. 114 s. ISBN 978-80-247-1833-0. 101

KRISTOVÁ, J., E. MIKLOVIČOVÁ a M. KOSORÍNOVÁ. Matky v adaptačnom procese hospitalizovaného dieťaťa. *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*. 2005, 4, ISSN 13355090.

KRIŠTOFOVÁ, Erika. Očakávania hospitalizovaného dieťaťa a jeho rodičov. *Ošetrovateľství*, 2004, Roč. 6, č. 1/2, ISSN: 1212-723X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0818-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Překlad Jiří Královec. Praha: Ermat, 2003. ISBN 80-903086-1-9.

LAZARUS, Richard S. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer, 1999, 340 s. ISBN 08-261-0261-1.

LITTLEJOHN, Stephen W a Karen A FOSS. *Theories of human communication*. 9th ed. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth, 2008. ISBN 0495095877.

LUKACKOVÁ, L., KOCÁBOVÁ, Z. et al. Zvládání zátěže u rodičů dětí po transplantaci ledviny. In. *4. československý transplantační kongres*. 2012, s. 133.

MACHKOVÁ, MGR., Zdeňka. *Trauma mozku I - nitrolební hypertenze*. Hradec Králové, 2010. Diplomová práce. Farmaceutická fakulta v Hradci Králové (FaF). Vedoucí práce PhDr. Zdeňka Kudláčková, Ph.D.

MARTINKOVÁ, Vlasta. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza v ošetrovateľství*, 2008, roč. 4, č. 4, ISSN: 1801-1349.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, 200 s. Knižnice psychologické literatury.

NAHLOVSKÝ, Jiří. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-319-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 1995, 397 s. ISBN 80-852-5574-X.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.

NAVRÁTIL, Luděk. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 165 s. ISBN 978-80-246-2068-8.

NOVÁK, I. et al. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén 2008. 579 s. ISBN 978-80-7262-512-3

ONDŘIOVÁ, Iveta a SINAIOVÁ, Anna. Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 7-8, ISSN: 1210-0404.

OTIPKOVÁ, Denisa. Nácvik autogenního tréninku a asertivity u matek dětí s postižením. *Československá psychologie*, 2006, Roč. 50, č. 1, ISSN: 0009-062X.

PAULÍK, Karel. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2009. ISBN 978-80-7368-635-2.

PFISTERER, W., M. MÜHLBAUER, T. CZECH a A. REINPRECHT. Early diagnosis of external ventricular drainage infection: results of a prospective study. *Neurology, Neurosurgery and psychiatry* [online]. 2013, (74) [cit. 2016-04-04]. DOI: 10.1136/jnnp.74.7.929. ISSN 1468-330X. Dostupné z: <http://jnnp.bmj.com/content/74/7/929.full>

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 247 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8.

PODSTATOVÁ, Renata, Eliška SOVOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 143 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1997-9.

PŠENICOVÁ, BC., Radka. *Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Milena Vaňková.

PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie /: [minimum pro praxi]*. Vyd. 3. V Praze: Triton, 2003, 211 s., ISBN 80-725-4423-3.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd., Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3593-1.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHULTZ, Judith M a Sheila L VIDEBECK. *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009. ISBN 0781768683.

SLANÝ, Jaroslav a SLANÁ, Miriam. Chronicky nemocné dítě a emoce. In: *Emoce v medicíně II a III: emoce v životním cyklu člověka: úzkost, stres a životní styl*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 2014, s. 41-46. ISBN: 978-80-204-3340-4.

SMRČKA, Martin. Konzervativní léčba potraumatické nitrolební hypertenze. *Neurologie pro praxi*, 2003, Roč. 4, č. 6, s. 296-300. ISSN: 1213-1814.

STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAŠINKA, Miroslav a ŠAGÁT, Tibor. *Pediatrica*. Košice: Satus, 1998. Vyd. 2, ISBN: 80-967963-0-5.

ŠERFELOVÁ, Radka. Hodnotenie záťaže a kvality života rodín v paliatívnej starostlivosti. *Profese on-line*, 2011, roč. 4, č. 1, ISSN: 1803-4330.

ŠONKOVÁ, Zilla. Příčiny a klinický obraz nitrolební hypertenze. *Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 1, s. 9-12. ISSN: 1213-1814.

ŠVINGALOVÁ, Dana. Stres a vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 82s. ISBN 80-737-2105-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 3., rozš. A přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002., 543 s., ISBN: 80-7178-696-9.

VYORAL KRAKOVSKÁ, Radka. Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 6, s. 392-394. ISSN: 1213-0494.

ZACHAROVÁ, Eva. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 5, ISSN: 1213-0494.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s., Sestra. ISBN 978-80-2472068-5.

PŘÍLOHY:

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 - Schválení výzkumného šetření

Příloha č. 3 - Seznam tabulek, grafů a obrázků

Příloha č. 4 - Seznam zkratk a symbolů

Příloha č. 5 - Prohlášení zájemce o nahlédnutí

Příloha č. 1

Vážení rodiče,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely diplomové práce s názvem: ***"Psychická zátěž a zvládání stresu u rodičů dětí se zevní komorovou drenáží"*** (dále jen ZKD), kde bych v případové studii chtěla zjistit, jak velkou roli hraje v psychické opoře rodiče, vedle podpory rodiny, přístup personálu. Výsledek bude použit k analýze současného stavu. Dotazník je anonymní, proto se nebojte vyjádřit svůj názor otevřeně.

Předem děkuji za spolupráci

Bc. Procházková Kateřina
magisterské studium ošetrovatelství
lékařské fakulty UK v Praze

Dotazník se skládá z 30 otázek, které jsou zaměřeny na Vás, Vaše dítě a celkovou spokojenost během hospitalizace. Otázky jsou otevřené i uzavřené. U každé uzavřené otázky označte jednu možnost dle vlastního uvážení zakroužkováním. U otevřených otázek máte prostor pro vyjádření vlastního názoru, v případě nedostatku prostoru můžete psát na konec dotazníku.

Ošetrovatelský personál – všeobecné sestry, sestry se specializací, zdravotničtí asistenti

Vaše pohlaví:

Muž ☒ Žena ☒

Váš věk:

Byl (a) jste hospitalizován (a) jako doprovod Vašeho dítěte?

A – ano B - ne

1) Pokud jste byl (a) hospitalizována jako doprovod, bylo to pro Vás přínosné?

A – ano, nedovedu si představit, že by to bylo jinak

B – ano, hospitalizace spolu s dítětem pro mě byla po psychické stránce velmi přínosná

C – ne, hospitalizace by byla v pořádku i bez mé přítomnosti

2) Poskytl Vám lékař informace týkající se důvodu zavedení ZKD?

A – ano, srozumitelně

B – ano, nesrozumitelně

C – ano, po osobním vyžádání

D – ne

3) Seznámil Vás ošetrovatelský personál s problematikou a nezbytnou péčí o ZKD?

A – ano, srozumitelně

B – ano, nesrozumitelně

C – ano, po osobním vyžádání

D – ne

4) Byly pro Vás informace ohledně ZKD poskytnuté zdravotnickým personálem dostačující? (pokud jste byli informováni)

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

5) Měli jste dostatek informací, jak zvládnout danou situaci? (psychickou zátěž)

A – ano B – ano, po osobním vyžádání C – ne

6) Bylo Vašemu dítěti s ohledem na věk poskytnuto dostatečné množství informací?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

7) Existuje ve Vaší rodině někdo, kdo se již setkal s problematikou týkající se ZKD?

A – ano B – ne

8) Měli jste dostatek prostoru, ze strany ošetrovatelského personálu, pro Vaše dotazy?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

9) Dostali jste možnost vyjádřit své pocity a obavy?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

10) Pociťovali jste psychické zatížení, stres?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

11) Cítili jste se unavení, vyčerpaní v souvislosti s péčí o nemocné dítě?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

12) Cítili jste se být bezradní v souvislosti s péčí o vlastní dítě?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

13) Byla Vám nabídnuta možnost odborné psychologické pomoci?

A – ano B – ano, po osobním vyžádání C – ne D – ne, ale měl (a) bych velký zájem

14) Dostávalo se Vám ze strany zdravotnického týmu dostatečné psychické podpory?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

15) Cítili jste, že ošetrovatelský personál byl vůči Vám i Vašemu dítěti empatický (chápe Vaše pocity)?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

16) Byla Vám v této stresové situaci oporou i rodina?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

17) Byli jste spokojeni s přístupem lékařů k Vašemu dítěti?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

18) Byli jste spokojeni s přístupem a péčí poskytovanou ošetrovatelským personálem?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

19) Měli jste během hospitalizace dostatek času i pro své potřeby? (zájmy, koníčky)

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

20) Měli jste během hospitalizace pocit, že velká část péče o dítě je vyžadována po Vás?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

21) Setkali jste se během hospitalizace s doprovodným programem pro děti (klauni)?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

22) Byli jste spokojeni s prostředím, kde bylo Vaše dítě léčeno? (hluk, čistota)

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

23) Jak velkou roli pro Vás měla v psychické opoře rodina?

.....

.....

.....

24) Co konkrétně jste sami cítili jako nejdůležitější pro svou psychickou pohodu?

.....

.....

.....

25) Co Vás během hospitalizace dovedlo nejvíce rozzlobit, rozladit?

.....

.....

26) Napadá Vás něco, co by mohlo zlepšit současný stav poskytované péče a spokojenost rodičů hospitalizovaných jako doprovod dítěte? (co byste si přáli)

Podpůrné skupiny (vzájemná organizovaná podpora) X

Místnost pro odreagování s kinem X

Masáže X

Posilovna nebo jiný druh cvičení X

Něco jiného, třeba i bláznivého:

.....
.....

27) Věk Vašeho dítěte v období hospitalizace:

Příloha č. 2

Kateřina Procházková
Letecká 384/10
28923 Milovice

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

ORIGINÁL U AUTORA

V Praze 21. prosince 2015

Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Kateřina Procházková, studuji 2. rokem navazující magisterský obor Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Tímto se na Vás obracím s žádostí o povolení dotazníkového průzkumu na NEJMENOVANÉM PRACOVIŠTI. Dotazník bude určen pro rodiče dětí. Výsledky šetření budou součástí mé diplomové práce na téma Psychická zátěž a zvládání stresu u rodičů dětí se zevní komorovou drenáží. Tento průzkum bude zcela anonymní.

Zároveň přikládám dotazník, pomocí kterého budu získávat potřebné informace.

Předem Vám velice děkuji za kladné vyřízení žádosti. S pozdravem

Procházková Kateřina

Vyjádření: SOUHLASÍM

V Praze dne: 04.01.2016

Příloha č. 3 - Seznam tabulek, grafů a obrázků

| | | |
|----------------------|--|-----------|
| Tabulka č. 1 | Zastoupení respondentů podle pohlaví | 55 |
| Tabulka č. 2 | Zastoupení respondentů podle věku..... | 56 |
| Tabulka č. 3 | Zastoupení respondentů dle hospitalizace | 57 |
| Tabulka č. 4 | Pocit přínosnosti doprovodu..... | 58 |
| Tabulka č. 5 | Zastoupení respondentů dle pocitu informovanosti lékařem..... | 59 |
| Tabulka č. 6 | Seznámení s péčí o ZKD..... | 61 |
| Tabulka č. 7 | Dostatečnost poskytnutých informací týkajících se ZKD | 62 |
| Tabulka č. 8 | Informovanost pro zvládnutí psychického zatížení | 63 |
| Tabulka č. 9 | Poskytnutí informací dítěti | 64 |
| Tabulka č. 10 | ZKD v rodině | 65 |
| Tabulka č. 11 | Prostor pro dotazy..... | 66 |
| Tabulka č. 12 | Prostor pro vyjádření pocitů a obav | 67 |
| Tabulka č. 13 | Pocit psychické zátěže, stresu | 68 |
| Tabulka č. 14 | Pocit vyčerpání a únavy..... | 69 |
| Tabulka č. 15 | Pocit bezradnosti | 70 |
| Tabulka č. 16 | Možnost psychologické pomoci..... | 71 |
| Tabulka č. 17 | Psychická podpora zdravotnickým týmem..... | 72 |
| Tabulka č. 18 | Empatie personálu..... | 73 |
| Tabulka č. 19 | Opora v rodině | 74 |
| Tabulka č. 20 | Přístup lékařů k dítěti | 75 |
| Tabulka č. 21 | Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu | 76 |
| Tabulka č. 22 | Čas na potřeby a zájmy | 77 |
| Tabulka č. 23 | Pocit vyžadování péče..... | 78 |
| Tabulka č. 24 | Setkání s doprovodným programem..... | 79 |
| Tabulka č. 25 | Spokojenost s prostředím..... | 80 |
| Tabulka č. 26 | Pocit psychické opory v rodině | 81 |
| Tabulka č. 27 | Konkrétní výčet faktorů ovlivňujících psychickou pohodu..... | 82 |
| Tabulka č. 28 | Pocit rozladění | 83 |
| Tabulka č. 29 | Návrh na zlepšení poskytované péče | 85 |
| Tabulka č. 30 | Věk dítěte | 86 |

SEZNAM GRAFŮ

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| Graf č. 1 | Zastoupení respondentů podle pohlaví..... | 55 |
| Graf č. 2 | Zastoupení respondentů podle věku | 56 |
| Graf č. 3 | Zastoupení respondentů dle hospitalizace..... | 57 |
| Graf č. 4 | Pocit přínosnosti doprovodu | 58 |
| Graf č. 5 | Zastoupení respondentů dle pocitu informovanosti lékařem | 59 |
| Graf č. 6 | Seznámení s péčí o ZKD | 60 |
| Graf č. 7 | Dostatečnost poskytnutých informací týkajících se ZKD..... | 61 |
| Graf č. 8 | Informovanost pro zvládnutí psychického zatížení..... | 63 |
| Graf č. 9 | Poskytnutí informací dítěti..... | 64 |
| Graf č. 10 | ZKD v rodině | 65 |
| Graf č. 11 | Prostor pro dotazy | 66 |
| Graf č. 12 | Prostor pro vyjádření pocitů a obav..... | 67 |
| Graf č. 13 | Pocit psychické zátěže, stresu..... | 68 |
| Graf č. 14 | Pocit vyčerpání a únavy | 69 |
| Graf č. 15 | Pocit bezradnosti | 70 |

| | |
|---|----|
| Graf č. 16 Možnost psychologické pomoci | 71 |
| Graf č. 17 Psychická podpora zdravotnickým týmem | 72 |
| Graf č. 18 Empatie personálu | 73 |
| Graf č. 19 Opora v rodině | 74 |
| Graf č. 20 Přístup lékařů k dítěti | 75 |
| Graf č. 21 Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu..... | 76 |
| Graf č. 22 Čas na potřeby a zájmy..... | 77 |
| Graf č. 23 Pocit vyžadování péče..... | 78 |
| Graf č. 24 Setkání s doprovodným programem | 79 |
| Graf č. 25 Spokojenost s prostředím | 80 |
| Graf č. 26 Návrh na zlepšení poskytované péče..... | 84 |
| Graf č. 27 Věk dítěte | 85 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek č. 1: Uzavřený systém na ZKD | 12 |
| Obrázek č. 2: Mozkomíšní mok ze ZKD | 15 |
| Obrázek č. 3: Ventrikulostomie | 17 |
| Obrázek č. 4: Dítě s hydrocefalem | 20 |

Příloha č. 4 - Seznam zkratk a symbolů

% - procento

cca – cirka

CNS – centrální nervová soustava

CT – počítačová tomografie

č. – číslo

Dopl. – doplněné

et al – a kolektiv

JIP – jednotka intenzivní péče

MR – magnetická rezonance

n – absolutní četnost

např. – na příklad

Prep. – přepracované

Příl. - příloha

Roč. – ročník

s. - strana

Tj. – to jako

Vyd. – vydání

ZKD – zevní komorová drenáž

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]